中國博醫會藏版

羅卡爾氏外科學

總發賣處　上海協和書局

A

MANUAL OF SURGERY

For Students and Practitioners

BY

WILLIAM ROSE, M.B., B.S. LOND., F.R.C.S.

AND

ALBERT CARLESS, M.S. LOND., F.R.C.S

NINTH AND TENTH EDITIONS

SECOND CHINESE EDITION

REVISED BY

J. G. CORMACK, F.R.C.S. ED.

PUBLICATION COMMITTEE

CHINA MEDICAL MISSIONARY ASSOCIATION

UNDER THE

HENRY S. WELLCOME CHINA PUBLICATION FUND

SHANGHAI

1922



卡羅氏外科學再版序

本書前曾經數醫士合譯行世、茲復依英文原本第九版重譯、（至一千九百二十年英文原本又出第十版）當三年前卽手着進行、除第一章爲美國楊醫士 Dr. C. W. Young 所譯、並第四十一至四十五章及新發明附錄第一第二軍醫外科法爲英國孟合理醫士 Dr. P. L. McAll 依英文原本第十版所譯外、餘均由鄙人擔任、惟如此之鴻編鉅製、恐非獨力所能勝、幸有英國高似蘭醫士 Dr. P. B. Cousland 校正印稿、中國管國全先生修飾漢文、得以早觀厥成、實深感謝、復值中國科學名詞審查會頻年舉行、醫學名詞修改頗多、亦賴高君整齊劃一、俾與博醫會之他書符合、但發表有遲早、故書中名詞前後仍不免有歧異之處、讀者諒之、

是書原本歐美各外科家幾盡手執一編、奉爲金泥玉檢、至譯成漢文貢獻中國作外科家之圭臬、鄙人誠不敢高負盛名、且任重責宏、擔承匪易、惟因無人開此草昧、爲外科之先河、故敢率爾從事、中華涉獵醫學之士、肯取原書釐訂之、得成精確至當之善本、使醫學愈臻進化、使人民同享利益、斯則鄙人所厚望者也、

英國醫士孔美格 J. G. Cormack 序

PREFACE TO THE SECOND EDITION

This second edition in Chinese of "Rose and Carless's Surgery" is practically a new translation of the ninth edition in English of this well known Manual.

The first edition was the work of several different translators. In this second translation, which was begun over fonr years ago, the whole book has been re-done.

The revision of Chapter 1 was kindly undertaken by Dr. C. W. Young of Peking; while chapters 41-45 were, owing to my leaving for a short furlough, revised according to the tenth English edition by Dr. P. L. McAll of Tsinan, who has also translated the new Appendix on Military Surgery and added another Appendix giving important new methods used in General Surgery taken from the earlier parts of the new English edition thus bringing the book up to date.

Apart from these, I have to take the responsibility for this new edition.

As in the first edition, so in this, I am deeply indebted to Dr. P. B. Cousland for seeing the book through the press and for doing an immense amount of proof reading. He has given many helpful suggestions and without his aid the book would not now be in your hands. As Editorial Secretary he has endeavoured to keep the nomenclature consistent with the rest of the C.M.M.A. publications.

With some of the names inserted I am not at all pleased, but under the present uncertainty of what will be finally agreed upon I have accepted his decision in the matter, so that the students who have been using our other textbooks may not be confused with fresh names. Mr. Kwan, my Chinese pundit, has shared with me the work of translation and to him I have always deferred in the matter of style.

The revision and printing of so large a book has taken several years during which time the General Committee on Scientific Terminology has made many changes in some branches of Medical Science. This will explain the differences in terms between the earlier and later parts of the book.

As the years go by, one sees a welcome change from the stiffer Wenli form to something approaching very closely the spoken language, but it is still necessary to avoid purely colloquial terms, as the book, we hope, will be used throughout the whole of China.

The close study of Rose and Carless's English textbook makes one realize the truth of the statement in the *Lancet* that there is no finer Manual of Surgery in English or any other language.

I am grateful for the privilege of trying to set before the Chinese practitioner in his own language a book that has proved such a boon to the English-speaking student. The task has not been an easy one and I am very conscious of having failed to render the English text as clearly as I should like to have done; still, until our Chinese confrères shoulder the burden and give better and freer settings, we must be content to have helped forward, even a little, medical education in China.

I would therefore crave the indulgence of the student if he should find a lack of clarity or some stiffness in parts of the book. We did our best; the rising generation of Western trained students must do better. We have but blazed a trail; we trust you to make a finer and better road.

J. G. CORMACK

PEKING, June 1922.

CONTENTS

目　次

CONTENTS

羅卡兩氏外科學

BACTERIOLOGY, INFECTION, IMMUNITY

第一章 穫學 傳染 免瘴

穫學 又名細菌學 BACTERIOLOGY

外科之所當先務者。爲穫學乎。其要有二。(一)凡外科症。多因穫所致。炎病尤然。(二)穫幾無處不有。故凡傷口。苟不設法防穫。即乘虛而入。則豈僅傷處難癒而患加重。甚且致人死。是以業是科者。必知穫之要類及其生活。更當知其如何在人身而致病及檢查之法也。近來治病之良法皆由以上研究所得之知識而來。否則非獨茫然於病症。亦無確法可施。且穫學診查病症所生之物。固可資診斷之助也。由此查穫之法。可得最要之憑據。

夫穫(細菌)爲微植物之一要類。而其種類有數千之多。關於內外科者。原不甚夥。蓋穫乃微單胅之植物。有自分裂而孳生者。亦有內生敚 Spore (芽胞) 動植物生胚發萌之原活點 而傳者。然一胅。只能生一敚。穫內無經具。亦無葉綠。Chlorophyl 有者有毦。Flagella 其組織最樸素。外面之包膜。乃植絲質 Cellulose 或

同類之質所成。而裹一塊元濤。Protoplasm 元濤內或有數粒及空所。Vacuole 包外或有似膠質成囊包之。能使穉與穉近相連。如膠囊甚厚。即成一膠團而有穉散佈於內。且觀乎膠囊之有無。即可得辨穉之爲何種。如肺炎穉在液中有易見之膠囊。據此囊即可與相同之穉辨別。

耗 Flagella 爲細絲元濤所成。惟能行動之穉有之。其耗有最長而極細者。不用合宜之染色法。不能窺見。據耗數之多少即可辨別穉類。若瘢症桿穉之耗。有十二莖至二十莖。胴桿穉 Bacillus coli 與瘢桿穉。甚相似。然其耗僅有三莖至六莖。有無耗之穉。其動爲振動。Brownian motion 若不留意觀之。恐誤爲能行動之穉。

孳生（生殖） Methods of reproduction　穉之生殖頗簡便。並非姤而孳生。乃由自分裂而乘生者。先有薄膜見於脒中。令分成兩半。後兩半各成一脒。而彼此相離。亦有被穉包囊相連成羣者。此不可不辨明其歸何種也。且分裂之功亦最速。假若兩穉入於相宜之液中。數時則能成幾兆矣。

成散孳生者（芽胞） By spores 其法較繁。然多是桿穉類所爲。散之形或圓或橢圓。由脒內而起。散之包膜厚。內有元濤所盛之水較已成之穉少。故以顯微鏡觀之。則見散發亮。觀散之形及其大小。可助辨明其穉之爲何種。如痙穉 Tetanus 之散形圓。其徑寬過乎生散之桿穉。獸疔穉 Anthrax 散之形橢。其徑寬與桿穉相若。散之部位。亦爲要事。痙穉散在桿端。使桿成鑼槌形。獸疔穉散則在桿中。夫散與植物種相似。是穉在不相宜之處。不能孳生。即成爲散也。且散較穉有抵乾之能。獸疔穉散。

存於稑實驗室二十載。不但不死。且致病稑亦不失。無散之獸疔稑則不然。乾之數星期即死。散更有抵熱之能。稑在濕中遇六十度（百度表）(140°F) 之熱半點鐘即死。有多散則不然。雖以水煮之。爲時不少亦不死。縱連用殺稑葯。亦難滅之。而獸疔稑散置於卡波利酸二十分之一水。Ac. Carbolic 1 in 20 過數日即死。夫桿稑類關於外科者。有數種矣。若瘰 Glanders 瘰 Tuberculosis 疨 Diphtheria 痒 Influenza 及痲瘋 Leprosy 又若癥症等稑。Typhoid 皆不成散。

稑分類　多依形而定類。然其形之分別不多。故必依其生理及其培養之區別。以辨明其同形不同類者。惟有三大類。乃點、桿、螺、是也。

(一)點稑 Coccus　形圓似珠。乃最樸素之稑也。生耗者甚鮮。而成散者人猶未之見。點稑者。固未成羣。其已成羣如球者。則爲球類。Staphylococcus　如生膿球點稑是也。成對排列者。則名双點稑類 Diplococcus 成串而長短不一者。則名爲鏈點稑類。Streptococcus　如此排列。因胅分之時。往前分而成鏈也。又有從中橫直分而爲四。此名爲四開點稑類。Tetracoccus 又有一類稑。將稑面橫直分之。再從旁分而爲八。則名爲立方點稑類。Sarcina　所以其形多似一囊棉花以三繩橫直旁縛之。此類稑又有再分裂不離開者。反復而成各形之團。

(二)桿稑 Baccillus　其形如桿。長短不一。有直。有屈。多有成散者。有耗者亦不少。成鏈者名鏈桿稑 Strepto-bacillus　亦有先長長成絲而後分段者。名爲無鞘絲稑。Leptothrix

(三)螺稑 Spirilla 係桿盤旋成螺形。此類無大關於外科學。瘧稑 Cholera 或是螺類。 稑之生理雖似他物。但無葉綠。故不能藉光造糖饒質。必賴他物已造之膣以自育。論此可分兩大類。(一)寄生稑 Parasitical bacteria (二)食腐稑 Saprophytic bacteria 寄生稑依活動物或植物而得育。食腐稑則不然。乃依死物而得育。痲瘋桿稑係寄生稑之類。僅能在活胴內孳生。非在人身不能得育。又有一等。屬寄生稑類者。雖無活物育之。亦暫能食腐。如白濁稑。在活洄膜上最易孳生。亦能在培養稑質上孳生。惟寥寥耳。又有一類。原為食腐稑。如不遇腐質。暫能成寄生稑而得生。然寄生稑。非必為致病稑(病原稑) Pathogenic bacteria 例如畜之血內有寄生稑。亦無致病之害。更有稑雖未入胴內。亦能成致病稑。如子宮內有凝血而腐稑入其中。則人中腐毒症矣。

凡各種稑孳生所不可少者。即氰質、水、礬鹽及合宜之溫度是也。然最要者惟水。故外科士。當施割術時。必須施用各法。(如割後當縫之或插導管等法)以免能壞之物。聚存傷口或身穴內。例如腹膜之唻水力甚大。故能抵稑毒而使腹膜不發炎。有時考究所內用試法。將水與稑射入畜腹穴中而無害。因腹膜速唻淋巴與水。而稑不能孳生也。若腹膜受損。或唻力有礙。則稑孳生。腹膜發炎。而畜即死。凡稑類所喜之溫度不同。致人症者。大半遇身體之溫度。即三十七度(百度表)能孳生繁盛。然食腐稑如生膿球點稑及胴桿稑。在身體外遇十八度(百度表)或更低於此之溫度。亦能孳生。亦有喜更低之溫度或甚高而孳生者。然此類無致病之關。最低之溫度阻礙稑孳生。若時不久。則稑不死。而

極熱之度殺穉及欳。前已論之。

大約日光有損於穉。於瘰桿穉益甚。若見日光片時即死。或見晝光徐徐而死。夫光殺穉之力。或因光使育穉質生輕上養 Hydrogen Peroxid 也。

多類致症穉。有氫則能孳生。故名爲賴氫穉 Aërobes 亦有數類。如痙桿穉。無氫氣則能孳生。氫已入雖活亦不能孳生。故名爲嫌氫穉 Anaërobes 有喜氫孳生而無氫亦能孳生者。名爲暫嫌氫穉 Facultative anaërobes 喜無氫孳生而有氫亦能孳生者。名爲暫賴氫穉 Facultative aërobes

在人身間。嫌氫與賴氫二穉。能得其相宜之處。皆可孳生。再者。嫌氫穉在遇氫液中亦能孳生。因有喜氫穉在液中將氫速吸盡。故痙穉在淺傷口上能孳生。因有他穉吸傷口之氫也。

穉孳生時。另生數種緊要之質。其最要有九。如下。(一)酸類。如乳、乳脂、醋等酸。(二)鹼類。(三)氣類。如輕硫洽 Hydrogen Sulphid 碳輕强洽 Methane 等氣。(四)色類。如藍、綠等色。(如綠膿桿穉 Bacillus pyocyaneus 生綠膿是也)(五)香類。如腸靛素 Indol 炥酸 Phenol 台羅新 Tyrosin 等。(六)酯類。(七)梅類。如蘖梅 Diastase 轉梅 Invertase 及一種梅與胃凝梅 Rennin 相似者。更有一種緊要之梅。與胰化脭梅 Trypsin 相似。能化脭爲拍呑 Peptone (能滲過膜之梅化脭) 生膿球點穉。大有此能。且有化腡之力。或欲試穉能生此梅否。則可將穉培養於筋膠育質上或固體血清上。若穉生此梅。則膠及固體血清即變爲液。(八)有數等晶顆類。如脭腐鹼 Ptomain 此類有毒。昔人以爲有致病之力。(九)眞毒素 Toxin

尚未查明何質所成。與梅化腥 Albumose 及梅相似。此素射入血內。其毒最大。入口內無大害。然甚易被火或胃液變化而滅。若久存。其毒自散。

毒素分兩類。(一)胅外者。Extracellular 乃溶性之毒素。此素集於育穉質之內。痙桿穉及痨桿穉甚能生此類之毒素。(二)胅內者。Intracellular 穉之毒素係留在穉體內。僅驗此類穉外之液。固無大毒。然將穉體洗後射入人身。則所致之毒病狀。即甚顯明。

毒素所致之病狀不一。　大半能使人發熱。有害及一定之胅者。例如痙桿穉。其毒害腦胅。又有害腡者。如膿穉是也。夫身中毒素之輕重。以毒之多少而定。又人與畜之腡。有易受者有不易受者。最有大力之毒素入腡。腡活力即滅而成痄。又有力畧減。而能使腡大發炎。漸使腡凝而死者。尤有更緩者。使腡壞似豆腐。當腡未死之先。胅變壞爲脂。另有一種。使腡發急性炎。而炎所至之胅。漸次成膿。又有毒素。其力不大。然久在人身。激惹腡胅孳生成筋腡等。而發炎之狀尚未顯出者。

穉之所在　穉散漫地面。在空氣中各處多少不同。如山頂或海洋面則無。在省會城鎮之地。則最多。而房屋內尤多。水含穉在其中。穉不能自起於空中。只能由灰塵帶之起焉。其於天氣。乾多於陰雨之時。而人所住之房內又多於房外。如房內之氣靜寂不動。塵即落而氣則無穉。查驗學堂內之氣。即知學生靜坐時之穉。少於動時之穉。觀此須當留意。臨割症時。勿使人多行動也。呼之氣無穉。然人咳。或出言。噴出多細沫點。帶有夥穉而浮於空中。玆因此細沫點或帶有致病之穉。故外科

士又不得不留心也。水所含之稚。有多有少。衆共食之水。不宜多有稚。尤不可有致病者。當急割症時而無早預備之無稚水。則可用此水。然仍須將此水煑沸以殺其稚。因生水多含有害之稚。故外科士必先殺稚方可用之。 土中稚甚多。而致病類亦或有之。 人之皮膚。如各有塵之物。即有無數之稚鋪其上。大半洗之可去。然有數等藏於皮間。則難以除之。育道由口至肛。皆有稚。耳外管、鼻下竅、睟、男尿管前段、陰門等處。俱有之。鼻上竅、尿管後段。及處女陰門後段。皆無。胆囊與管及膍管。亦皆無稚。而血與身體之深膶。平素無稚耳。有人細查而知。間或有數稚從育道滲出而入血及淋巴內。當人强壯之時。此數稚不能得宜孳生。反被血白胅所蝕。或被血之抵稚質所殺。如身體虛弱。或有傷處。稚即乘機孳生致病。明斯二者。即可知深處有膿之故。係由此而生也。名爲自染。且虛弱之人。稚能久居其血內。故生膿易也。

査驗稚法 (一)以顯微鏡査之。可用病膶一塊。或將病膶所有之稚培養於育稚質上而査之。且必須用有大力之顯微鏡。臺下之聚光鏡亦須至美。而所査之質。染色或未染色皆可。未染色者。可用垂滴法。於此可見稚之形、大小、排列、有㪍否及能運動否等。此最要之良法也。病液與膿等。先染色而後査之。用玻片或玻盖。將液攤一最薄之層於上。在燈火上過三次即乾。染色法有三(甲)單簡染色。如绯弗辛、绯替俄甯、藍米替連藍等。皆能染胅。及稚核。而其形及大小

可以明見惟二三兩法。係辨穡之種類者。尤要。

(乙)革蘭氏染色法 Gram's method 列下。(一)卡波利龍膽紫溶液。係飽和龍膽紫酒一分及二十分之一之卡波利水九分。(二)革蘭氏氣液。係氣一分。鉢氣鹽二分水三百分。　先將標本(膜片)置於卡波利龍膽紫液內三至五分鐘。後再置於革蘭氏溶液內二至三分鐘。末將標本(膜片)用醋洗之。至流出之醋不帶色為止。

其染色液如下。　飽和弗辛酒一分。二十分之一卡波利水九分。將此液傾數滴於片上。

穡有受此染色者。亦有不受此染色者。受此染者如下。　生膿球點穡、生膿鏈點穡、肺炎點穡、四開點穡。痙、瘰、痲瘋、痔等桿穡。及分枝絲菌。不受染者。如白濁點穡、腦衣炎雙點穡、浪熱症點穡。胴、瘯、癥、痒、癀、綠膿、癨等桿穡。瘦螺絲及癨螺絲。

(丙)寫勒泥勒森兩氏法 The Ziehl-Neelsen method 將焠弗辛傾一滴置片上。用火烘熱。又放在百分之二十五硫强酸水五分鐘或十分鐘久。此能消散腡脒所染之色。有大半穡如此。但有數等穡猶能存其色。此名加酸不退色類。(抵酸) Acid-fast 若用醋洗之而色猶存者。名加醋不退色類。Alcohol-fast (抵醋) 有關於病學之抵酸類之要類有三。即瘰、痲瘋、包皮垢等桿穡是也。而瘰與痲瘋。亦能抵醋。另有分枝絲菌。亦能抵酸。

(三)育穡法或曰培養法 Cultural method　為助顯微鏡察病法。可用育穡法。此係種穡於培育穡質。

又以合宜之溫度使稚孳生。 育稚質有多類。最通行者。肉湯、筋膠、固體血清、海菜（寒天）等。肉湯係以肉膏、拍否食鹽等製成。用此育質。大半察稚所生之化學質。或以此射入畜身。以察其有害否。固體育質。尤便於用。可以育稚孳生在其面。或在其中。筋膠育質。係九十分肉湯與十分之筋膠調和而成。有稚能溶此育質。有者不然。但其不便之處。係有數等致病稚之孳生溫度。亦能將筋膠育質溶解。對於此稚必另用火結之血清育質。以察其成化腥粫否。海菜育質係肉湯與海菜調和而成。海菜育質非人身溫度所能溶解。稚亦不能溶之。故此育質於病學家大有用焉。

（三）種畜法 Inoculation of living animals 其用亦廣。若查尿及膿等液之有瘰桿稚否。此法最妙。因瘰稚在液中甚鮮。以前法察之。恐不得見。若將含瘰稚液。射入荷蘭豚 Guinea-pig 皮下或腹穴內。過二三星期。而豚即患瘰症。但此法有需時太多之弊。若查得之稚。似致症稚而又可疑爲非致症稚者。即可將此稚種於畜身。庶可辨其是非。有數種無害之稚。與獸疔桿稚最相似。非此法莫能辨明。另有一法。與此法相似。以二畜。一已得免癉力者。一未得免癉力者。種所疑之液於畜身。若疑膿液內有痓桿稚雜在其中（惟此稚最難分開）可將此膿種於湯育質內。並且因痓稚嫌氰。故潛伏在無氰之處。使痓桿稚能孳生。又將此湯育質。分爲兩半。此半種於已收斂痓血清而得免癉力之畜。彼半種於未收斂痓血清之畜。若後未收者死。而收者不死。此即膿液有痓桿稚之證也。以此法查之。亦能辨明某症係某稚所致。當發明稚。學之時人多不信病由稚致。故閣氏 Koch 立斷稚之。例其例記於

下。(甲)凡患某症者之身顯其特稽。(乙)必養此稽於育質上而次第以傳。(丙)種此稽於畜身。畜即患此稽所致之症。(丁)由所種之畜身。應能尋見此類之稽。　近來人不盡拘定此例而信稽有致症之能。如痲瘋桿稽。無非是致痲瘋症。然此稽未曾培育於身外。此與閣氏所立二三四例相反。且另有可憑者。稽有致症之能。如血淸使稽集黏等是也。　又有微生物。雖無大關於外科。然可以畧言之。

(一)酵菌類又名萌芽菌 Yeasts or blastomycetes 無葉綠。萌芽孳生。或成內敱 Spore 而傳。皆能生梅。使右糖液質成醕。人有糖尿症時。間或酵菌類入胱。釀尿致胱炎矣。又有皮炎病因萌芽菌所致。其病狀與瘰瘯相似。

(二)霉菌類又名絲菌或線菌 Hyphomycetes 所生之絲如羅網。孳生之法較稽更繁密。其所致之病。記於下。

寄生性口炎。乃口炎菌所致。　癬乃毛外癬菌、毛內癬菌及髮癬菌所致。

黃癬菌致黃癬。　斑癬乃斑癬菌所致。　瞭霉症、肺霉症、耳霉症。皆爲霉菌類所致。

絲霉菌類。 Streptothrix 乃最下等之霉菌。多與稽相似。菊花形菌症。爲此類所起。此類最廣。其形亦多。然致症則寡。瘰桿稽有時間或成長絲形。故有人以此稽屬絲菌類。

(三)雜類又名元虫類 Protozoa 爲動物初類或單胅類。無大關於致病。但瘧、阿米巴痢、肝瘡。爲雜所

致。螺纚 Spirochaete 亦屬纚類。而能致癨症。台盼纚 Trypanosoma 亦屬此類。能致非洲昏睡症及赤道之他種症。

傳染 又名瘵 INFECTION

多因致症之毒性活穉入身。以生毒素而激惹體腑。死穉居身內。亦能起病狀。但所致之病狀。雖與活穉相似。惟不能傳染耳。穉毒之輕重。甚不一。如多射生膿鏈點穉於兎身。而兎仍無害。若使生膿鏈點穉之毒加重。即射少許於兎身。而兎亦死。其加毒之法。將穉種於畜身。又取此畜之穉。種他畜。依法而屢畜爲之。則此穉毒經數畜之身而愈重。加毒之理。未曾查明。畢竟穉經人身。其毒較經育質上者更加大也。

夫穉之毒力。能加亦能減輕。此爲要理。凡穉不得相宜之處而孶生。毒力必減少。如得相宜之處而孶生。則毒力加大。如獸疔桿穉。喜孶生於三十七度(百度表)若遇此温度。則其毒久存。反是遇四十二度而孶生。則其毒力減少。故從此法。可得毒力減少之穉。取種畜身。畜即畧生此病。後可得免此症之能力。

傳染則有兩件焉。(一)穉必有致症之力(二)受此穉者。必能受其染方能患病。如白濁穉。在人尿管。則起白濁症。若將白濁穉種於畜尿管。則無害。因畜不受其染也。有者。必須毒素能害體腑。始能

傳染。例如有時鏈點稑在皮外層或疥稑在口內。均無害。因稑未生毒素。或因稑未入䐃內。故不能傳染也。若有小傷。或人虛弱。則稑即乘勢而癴焉。

癴病有特種 Specific 者。有非特種 Non-specific 者。特種者。蓋一種稑所致。如痙症乃痙桿稑所致也。非特種者。乃數類稑皆能致。 有數種稑俱能成膿。然非特種稑類。此則有同與不同之處。而近來愈查愈明。若癬症有數稑。不過大同小異。此因有數種菌能起此症。而各類之病狀又略異也。昔者以菊花形菌症。爲一種菌所致。今乃知有數種菌皆能致此症。有不然者。昔日有數等病。人意以爲數種稑所生。近來知爲一種稑所致。雖其狀不同。究屬一種稑所致。

單處受染 Local infection 乃稑入之處所顯者。夫染病之伏期。遲速不一。惟稑所定。於斯時而稑與䐃相爭。稑孳生以致毒素惹䐃發炎。

有時炎只限於受染之處。有時從鄰䐃或淋巴管遍及全身。或稑入血管成團而漂流於身。斯時全身即有受毒素之狀。而其輕重不一。有者。如痙、疥等症最甚。血即中毒。故單處受染之病。可分爲兩類。(一)毒累全身輕者。如癀、瘰、癴、白濁等症是也。(二)毒累全身重者。如痳、痙、疥等症是也。

全身受染 General infection 此因稑在血內孳生。若是時將此人之血。射於他人之身。彼必生此症。如血染稑、稑串癴、急性瘰、第二期癯等症。俱爲全身之癴症也。

免瘽性 又名敵染力 IMMUNITY

凡動物類。平常皆能遇傳染。因所吸之氣與一切之飲食。皆有穉雜其中故也。而皮膚、育道亦然。由此觀之。始知吾人有天然敵穉之力。不然。則人皆將得病症矣。此敵穉之力。名為免瘽性。與易受病性相反。再者。染病後而自癒者。多因另增其敵力。以勝致症之穉。故考查免瘽學。乃知免傳染之道及治病之理。

天然免瘽性 Natural immunity 凡動物類。生即有之。蓋畜類俱有天然敵白濁染之能。亦有多症。人患之而畜不患之。亦有畜類患之症。而人不患之。總而言之。一類生物有天然免瘽性。凡各類亦皆有之。間或有不然者。如小兒大半不能敵牛痘症。然亦有能敵之者。

此免瘽性。人人有之。而大小不一。有最大者。又有最小者。如數畜同被種穉。其穉數多少相若。有畜無害。有者略炎於種處。又有炎發於全身者。更有全身染病而死者。且有畜之免瘽性。僅可敵平常之穉毒。如毒力加重。則不能勝。再者。免瘽性不能有常而不變。今日如是。明日或少。而實關內外之之形勢若何。故審視其形勢。可得法以免病之瘽也。人固有免瘽性。或可敵各種穉染。苟此免瘽力因他故而減少。則病即乘而染之矣。

免瘽性減少有兩故 （甲）關於全身者 （乙）關於單處者

(甲)最要者。遇寒風冷雨。及食物不足以育身。如人飢而受毒傷。其危險倍於不飢時。又有關於年紀。如小兒之得瘴症。易於中年人。又有血流多及飲過量之酒者。更有久吸濁空氣。愈減敵瘰症之力。且有久受迷蒙葯及患慢性腎炎或尿糖症者。皆能使免瘴力減少者也。

(乙)凡傷如痏、壓、燙等及葯料之激惹。故實驗所多用葯料之激惹助穉毒之力。如獨以生膿點穉種兔身。雖或用大劑亦無害。若加乳酸或他穉之毒素同種之。其害顯出矣。因此割症者不可不熟記而用過度之防穉葯。因此葯能激惹胭而減去免瘴力。致或速或遲有穉偶入。胭不能敵也。凡水若甚冷或甚熱。亦略有似葯料之激惹。故洗傷之水當與身温度相同。　單處欠血。如因病而起或因帶縛過緊及壓等事。俱能減胭之敵瘴力。

後天免瘴性或名獲得免瘴性

Acquired immunity　有自生者有外受者。

自生者或曰內生或內激者 Active immunity　因先患病而得。或因受種而致。使人有免瘴性。而後不患此症。惟癯症與發疹熱等症。最能使人有免瘴性。有人患此症一次。後無復患矣。而瘰症及膿類症則不定能自生免瘴力。

人工之自生免瘴性。其法如下。(一)種某症於身。其輕重如常。如人往年種痘。法最危險。何者。因種而得之病。不過略輕於自得之病也。(二)種致症之病毒或穉。其毒力必先減少。如種牛痘之法。所用之痘漿。毒力已減少。琶司徒氏亦用此爲防瘈獸症法。又製敵獸疔穉漿。種於畜。(三)射死穉於

身。爲免鼠疫及癥症。此乃以熱殺穉。後用死穉小分劑。射於皮下。射處則起炎狀。而全身即畧受其累。人因之發熱不爽。其狀過後。則人畧有免瘴性。此時若種活穉。即更增其免瘴性。閣氏所製之瘰穉素。Koch's tuberculin(TR) 亦此例也。瘰穉磨碎死而成勻漿。此勻漿可射於人身數次。而逐次增加其量。此法現更擴張。能作許多瘴性症之療法。(四)射穉體外之毒素於畜身。爲預備療症血清。如敵疨血清及敵痙血清等。多種於馬。因馬之身大。故放血時。能多得其血清。其法如下。以些微毒素。射入馬皮下。射處即發炎。且遍體發熱而不安。此境已過。復多射毒素數次。以至馬雖受至極之毒素。而不能勝馬免瘴性。

以上所論之四法。俱屬一例。係使本體生免瘴性。故謂之自生免瘴。Active immunity

外受免瘴性 Passive immunity 乃非本體之功而得者。蓋將他體所生之免瘴性血清射於此體是也。假如一馬。得敵獸疔之能。取其血清射入他馬。則他馬亦得敵獸疔之能。然此馬之敵瘴能非自生乃賴他馬而得者。故稱外受之能也。以療症血清射於人身。有時令人暫爲發熱、節痛、身發疹等狀。雖然如此。究竟有免瘴性存焉。夫天然免瘴性之畜血清。不能授免瘴性與他畜。畜固有敵癯性。然種其血清於人身。無效於敵癯。此療症血清之有大用者。係生脒外毒素之特種穉。如疨及痙等症是也。

自生之免瘴性。與外受之免瘴性。別有分辨。外受者甫種即有。自生者漸漸而有。大半種後一星期

之餘始成。外受者。暫時即散。如種敵疛血清後。其免瘽性經兩月之久而消。自生者不然。能久存。如患瘰及痘等症。所生之敵力。終其身而存矣。但患痡症及肺炎症所生之敵力。不能永久。

玆論前說之理且分兩件辨之。（一）敵穉染力。（二）敵穉毒素力。假如射疛穉及其毒素於能得疛症之畜身。穉在胴內孳生。而毒素亦必累其身。如射於有敵力之畜。（無論其有天然或自生或外受之敵力）穉即死而其毒素無害於此畜。且先將敵穉染力論之。有人言穉滅之故。因血及淋巴內有敵穉素 Alexin 若欲證之。可將鮮血或鮮血清試之。即知其大有滅穉之力。若此血清經過六十度（C）之熱。半點鐘之久。其滅穉之力即消。而此血清即變成育穉之美質。

美戚氏 Metchnikoff 云。血之敵染力。因有食脒 Phagocytes 在血中能食穉。美戚氏曷言此。因見阿米巴 Ameba 等雜。將水內穉食而消化。效彼查之。而知血之白脒亦有此功也。遂稱此法爲脒食物法 Phagocytosis 也。欲證此理。可查水跳虱。其身透亮。以顯微鏡照之。而身內之物畢露。有一種菌。能寄於此虱胴內而長多。蓋菌散被虱食。而隨入腸內。後穿腸而入體穴。長多則滿於虱體。但若菌散入不多。虱之血白脒。猶能滅之。美戚氏又在人及畜類。另得有多證。乃將不致症之穉。種於畜腹穴內。後以顯微鏡查其腹穴液。始必見穉在液中。繼則血白脒食之。而穉可在白脒內察見。終則穉在白脒內消化矣。患瘰之胴。亦可如此察見。但穉不在白脒中而在巨脒內。

白脒食穉之故。因穉發出一可溶之質。此質係白脒所喜。故白脒乃至穉處。此名爲吸脒力 Positive

chemo-taxis 穉及雛類亦多有此吸力。若將極小玻管盛滿牛肉膏。置於癥穉水勻內。穉即被吸入玻管。人生瘁時。亦可見此狀。蓋係膿穉所發之質吸白脒至也。所以瘁之四圍每集有一層白脒。又穉所發之質入血吸骨髓白脒至。故此時血白脒更加多也。　美戚氏嘗觀白脒食穉之力大。則病即瘉。若力減者。則難保其生。故言免瘁全賴白脒之力。又嘗查有後天之免瘁。畜之白脒雖向無食穉之能。今得後即有此能焉。美戚氏解人爲免瘁之故曰。因人曾患病而白脒殆養有此能也。有抗之者。言白脒只食死穉。不食活穉。故美戚氏另用巧法以證之。白脒所食之穉。乃活而有毒者。　醫家未全信白脒食穉爲免瘁之由。因往往間有不驗者。若人將活穉包於火棉酒袋。而置腹膜穴內。該處之液能滲入火棉酒袋而白脒不能。如此其穉雖死。血白脒固猶未入也。但有白脒圍繞其袋。故人言敵穉素。乃白脒所生。此合美戚氏之論而參觀之。庶乎近理。此名體液之敵穉力。依美戚氏所言。此功獨在脒。在他人所論。皆在體液內有可溶之力質。然二說皆是。何則。美戚氏謂脒之力。他人謂體液之力。殊不知白脒固能食穉。而白脒亦能生敵性液。雖此論似有多據以證之。然其理終有不足。倍氏 Behring 查授敵力。以敵毒素血清治痧症。然所用之血清。實無殺穉之力。美戚氏解曰。白脒多食穉。由此血清聳之也。此說略近乎是。後又有查敵毒素血清者。而知此敵清能與穉所生之毒素相合。而成無害之血清。此無庸細論。當執一以主之。又有數類穉能生消血紅脒之毒素。此名爲消紅脒穉素 Hemolysin 痓桿穉亦在此類。可以試之。將血盛於試驗筒內。加痓桿穉。後加敵痓毒

血清。則痙桿穉之毒素。不能消血紅脒。因敵痙毒血清制之。而不能用其能也。與鹼敵酸相同。由此敵痧血清及敵痙血清。遂有研究敵他毒之質者。然敵蚳類 Alkaloid 及金類毒之質。實不可得。有智者。竟製出敵蛇毒血清 Snake venom serum 敵鱔魚毒血清 Eel serum 敵相思子精 Abrin 與敵萆蔴精 Ricin 等。然此類毒。俱是活動物或活植物所生。又皆與腥類相似。

研究敵毒素之作用。每能略表授敵血清之功效。但無關於天然之免瘧。蓋畜類之有天然免瘧。其血固未含敵毒素也。若畜患痙症。瘉後則血有敵痙毒力。此時若再有痙症穉。再生毒素在血內。則敵痙毒血清制彼該穉即不能害脒。是以血白脒。即能將穉食之。人有敵力。其效皆然。乃是所射之敵毒素質在血中抵毒素。而毒素不能害脒也。

另有一族敵素。或曰敵質、敵體、或抗體。Antibody（如消脒素 Cytolysin 消穉素 Bacteriolysin 消血素或消紅脒素 Hemolysin 等）與免瘧理論最爲要。然其組織及功用。較前所論更繁密。此乃費發氏 Pfeiffer 所查出。先使何蘭豚得免癨性。後再將癨螺穉射入荷蘭豚腹穴內。逐刻將穴液吸出。以顯微鏡查之。即見穉形大變。或成圓而漸消散。或經半點鐘時。即盡消散。此消散之功。乃一特別類。若荷蘭豚之腹液有免癨性。不能消滅他穉。僅有效於癨螺穉。從此追究。即知試驗筒內之癨螺穉。可被新鮮腹液滅之。但腹液若存一二日。滅穉之能即散。如稍加新鮮血清。則滅穉之能復至。不拘此血清係由有免癨性之畜而得。抑或由平常之畜而得者。

平常新鮮血淸。加癨螺稚則無效。 得免癨性畜之新鮮血淸或腹穴液。加癨螺稚則癨螺稚消散。 得免癨性畜之陳血淸。加癨螺稚則無效。 得免癨性畜之陳血淸。加平常新鮮血淸。又加癨螺稚。則癨螺稚消散。

以此觀之。即知有免瘁性之畜。其腡內必具兩類質。始有消稚之功。一則免瘁性畜之血淸有之。平常畜之血淸無之。此乃敵質之一類。曰雙攝素。或雙攝媒或雙攝體等。 Amboceptor 又一類則平常之血有之。免瘁性畜之血亦有之。此質易壞散。遇熱即滅。或與敵稚素 Alexin 同。尙未查明。此曰血補償素或補質或補體。 Complement

將前所論之理。試用之。欲使畜有免癨性。可畧用癨螺稚射入其身。始而癨螺稚在畜腡內能孳生。此時只有食稚胅抵之。因雙攝素未備全。敵稚素(補償素)尙不能與稚交接。過片時。腡即生敵素(如敵稚毒素 Antitoxin) 而保護不受稚毒。又生雙攝素 Amboceptor 使補償素與稚交接。而稚消散。此時畜即得免瘁性。故若再射癨螺稚於畜身。則雙攝素與補償素全備而抵之。再者。此畜之血淸。因有雙攝素。若射入別畜。此畜若有合宜之補償素。則必成外受免瘁性。然合宜之補償素難必其有無。故以血淸療症。初不能定其功。得免瘁性之畜。其血淸內之補償素漸散。然血所生之雙攝素猶在。若此畜復生補償素。其雙攝素如前使補償素與稚交接。他畜之補償素。則不能使雙攝素見功。此事極深奧。尙未查明。但不明此理。血淸療學。難稱絕詣。 由此觀之。可知白胅之功用。大有關於此。前論補償素。由白胅所出。雙攝素及他敵素。大約亦由白胅所生。自此以追究白胅食稚之功用

即知平常畜之白脒。未能食稈。但取得免瘻性畜之血清射入其身。即能食稈。故免瘻性之血清能助白脒之功用。蓋亦因此血清有敵素與稈交接以制其毒。故白脒能食之也。有英名醫瑞特氏Wright 者。深研究此理。稱此敵素類爲俄拍所甯 Opsonin 又曰。依人之俄拍所甯之多寡。即可定免瘻性之大小。此有據以明之。如將稈及鮮血清調和。後以遠心力器 Centrifugalizer 分開稈及血清。以薄鹽水洗稈數次而除盡血清。如此。則白脒即能食稈。如稈居於血清。然此因血清內有一類質預備以稈飼白脒也。或者血清能直接聳動白脒竭力食稈。然此尚無據。

第一圖

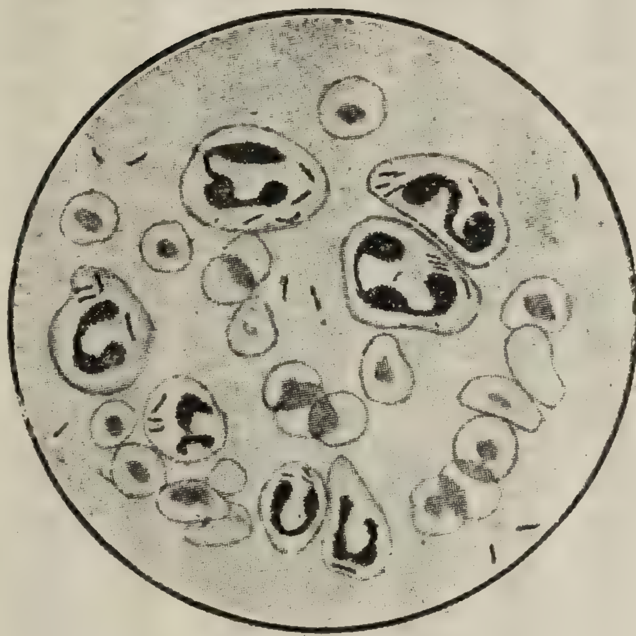


Fig. I PHAGOCYTOSIS OF TUBERCLE BACILLI IN OPSONIN PREPARATION

俄拍所甯標本　白脒食瘰桿稈

近來有多人揣摩此理。一則因科學之研究。一則因施治而思維。然卒未得一法量定血清所含俄拍所甯之多少。惟瑞特氏曾將二人之血清。比較其俄拍所甯之多寡。其法如下。以壯人之血數點。傾於薄鹽水中。再加鈉梈强礬百分之五。免血凝結。又用遠心力器。使血清與血脒相離。旋將血清除開。所存之血脒。又用薄鹽水洗之。以去盡其血清。此外則再備稈勻(稈漿)所謂比較二人之血清者。(壯者之血清。病者之血清。)將二人之血清、洗淨之血脒及

穉勻分置兩長細吸液管內。將二管置伏箱內十五分鐘。伏箱之溫度當等於體溫度。後取出。攤其白脒於玻片上染色。而以顯微鏡查之查每片上五十或一百白脒所含之穉之多少。而比較之即得每片俄拍所甯之量。譬如壯人之一百白脒能食二百四十穉。而病人之一百白脒只能食一百二十穉。是則病者之俄拍所甯指數 Opsonic index 較壯者俄拍所甯指數少一倍。惟此實驗法當臨症時甚難施用。非精細預備。不能得確實指數也。　俄拍所甯乃一弱質也。久存則壞。或遇六十溫度(C)則滅。與敵穉素最相似。或云。各種穉有特別俄拍所甯。又有謂此言非是者。但凡一病人。有時其俄拍所甯之指數。對於彼一種穉大而對於此一種穉則小。　大抵壯者之俄拍所甯大同小異。未患瘰症之人。其俄拍所甯之指數高不過1.2。低亦不過0.8。凡疑難之症。若俄拍所甯指數高過1.2。或低過0.8。則或可定為瘰症。但此診斷之據。尚不甚有價值。蓋有若干患瘰症者。其俄拍所甯之指數固如常度也。故以此法辨症。恐有不確。究而言之。人患急性症。其俄拍所甯之指數低於平常。將近癒時。俄拍所甯指數即升高。有多症之俄拍所甯指數偶然升高者。如肺炎是也。亦有漸漸升。如癆病是也。亦有患症者。雖歷日漸加重。然其俄拍所甯指數愈升。如瘰症更如是也。

際此時日。尚不能確定俄拍所甯對於免瘴性之要關。俄拍所甯為免瘴性之一種要質。固無可疑議。但免瘴性非全持俄拍所甯。此亦無可疑者。實則俄拍所甯之發明。有時愈使免瘴性之理之繁難也。

瑞特氏又因研究俄拍所甯而定射穉勻之例。每次射穉勻。俄拍所甯指數偶降。則名爲指數降期。Negative phase 過片時。此指數即升。則名爲指數升期。Positive phase 夫指數之升。或因血中俄拍所甯加增之故。是以指數將退時。須再射一次。然在指數降期。則不可射。以免再降而有危險也。故瑞特氏每間時查血中俄拍所甯指數。以爲注射之標準。並定能令指數升至最高之劑。當劑力將退之先。立即另射新劑。此療症之法。甚有益。治球點穉所致之症。更有用。但此法之功用。不俱在俄拍所甯加多。或另有別故。

近數年來用此法者。已知勿庸先查俄拍所甯指數。可按其病狀如何並其穉射何屬而定份劑。然有危急之症。如血中毒等。仍須查俄拍所甯指數。

察免瘴性之益有二。(一)辨症。(二)療症。　辨症者爲(甲)穉集黏 Agglutination 試驗法。如定人患癥症等。(乙)查俄拍所甯之指數。(丙)伐色曼氏 Wassermann 診斷癯症法。　療症者更爲緊要。然其理猶有未查盡之處。人爲之免瘴性及療症之質分爲三。(一)穉勻。(二)敵毒素血清。(三)敵穉血清。

(一)穉勻或曰伐克辛 Vaccine　伐克辛係死穉所成。其備法如下。將病人身之穉。種於育穉質。待其孳生。加無穉薄鹽水調成勻。(或曰漿)再將此勻。入試驗筒。封其口。潛伏於60°C度熱至半點鐘。取出。以顯微鏡驗明每立方百分米之勻含有若干穉。更以薄鹽水及萬分之二十五卡波利水。

置勻內冲淡。然用此水。必依其稑勻之濃淡而定多少。又定若干稑爲一劑。球點稑及白濁稑。可以五百兆爲一劑。但胴桿稑以少用爲妙。蓋份劑過大。即有不爽快之虞也。若所射份劑合宜。過數日病人之敵稑能即加增。而所用份劑可漸漸加大。至病癒爲止。

凡製伐克辛。以病人己身之稑爲最善。蓋雖同種之稑。其毒或不同。同種而不同毒之伐克辛。恐無大效。球點稑之伐克辛。在在可用。而鏈點稑與胴桿稑則不然。如欲用病人身之伐克辛而不可得。即以夙存之伐克辛少用之。以待預備之伐克辛製成。

用伐克辛療病。不能以代外科術。此須兩用而不可缺一者也。若有瘴必割開放膿。有死骨必取之。如往日無伐克辛之時也。但能同時用伐克辛。則病可期速癒。

亦有不能施割術者。則獨用此伐克辛療法極妙。治癤。此法更佳。若一次射二百五至五百兆球點稑於身。則癤即散而不作膿。

(三)**敵毒素血清** Antitoxic serum 有效者。係敵痙毒之血清及敵疨血清。又敵痢血清亦有微效。此類之功用。係因血清所含之質能解稑所出之毒素。而稑內之毒素。尙未得法以解之。凡敵毒血清之大用。係在毒未犯䐉脒之先。蓋即制其毒。使脒不被傷也。故以早施爲妙。若射入靜脉。其效更速。若射入䐉則緩。如敵疨血清射入䐉至二十四點鐘之久。始盡浹入血中。射法如下。將血清熱之。等於體温度。吸入無稑之玻璃注射節內。又須將病人之肘洗淨。如施割時然。以指壓靜脉。使之凸

起。再將注射節及針內之空氣除盡。以針離凸起之靜脉二分。斜入其內。血必進入針中。然後釋指。而漸漸射敵毒血清入血。敵痉毒血清。不必用此法。然第一次則用此法亦有益。

(三)他類血清

能殺稚。或因含雙攝素在內。能助白脎食稚。但此不如敵毒素血清療症之效大。惟無敵毒素血清及伐克辛時。固可用之。敵稚血清甚多。外科所用者有三。

(甲)敵鏈稚血清 Anti-streptococcic serum 係用膿鏈點稚。使馬得敵力。後用此馬之血清。　鏈點稚之毒力輕重不一。如備輕者以敵重者。則無益。所以人欲預備敵鏈點稚血清者。必將數亞種鏈點稚。射入馬身。而後此馬之血清。始可敵數亞種鏈點稚毒。如用此射一次不效。可用彼射之。或有效。因此血清與彼血清畧有異。固不可拘一也。如用此有效。而病人溫度降。則可以接續用之。若溫度偶然升。不定爲惡兆。過片時或即見效。敵鏈點稚血清之份劑。十至二十立方百分米。(10—20cc)

(乙)敵獸疔血清。 Anti-anthrax serum　以此血清治獸疔。或有效。射後二十四點鐘。功效即見。

(丙)敵肺點稚血清。 Anti-pneumococcic serum　肺點稚所致之重症。如血染此稚、腹膜炎等。用此血清有效。肺點稚致之眼瞭瘍。又名瞭蛇形瘍。以血清治之最有效。

血清所致之症 Serum disease　用敵稚血清過度。間或顯惡狀者。射後。經八日或十二日不等。人發熱而皮發疹。似團瘢、痳疹症及紅疹症等。皮又極癢。淋巴腺腫。手腕與膝節亦甚痛。血白脎增多。其病狀雖不善亦無大危險。越數日即可瘉。射血清時。當服錆乳強礬 Calc. Lactas 十五厘。連服三日。

或能免發此狀。如已發。服此亦能輕減。

安阿非拉西 Anaphylaxis 有數類腥質射入身內者。初次不顯何狀。若過八至十二日再射之。或顯惡狀。此因初劑使身得易受感性。所以二次射之。身即受感而顯出惡狀也。此與射敵毒血清頗有關係。因八日之內。無論射之多寡。皆不顯何狀。過八日則或顯出血清致症之狀也。

第二章　炎

INFLAMMATION

商特生氏之定義曰。炎者。係活䑃有損傷之際依次所顯之變狀也。(所謂損傷者。以活䑃不立即全然壞盡爲限。)按上所言。蓋以溶性之化學惹質或穉毒素等爲與損傷同類也。昔者病理學士每以發炎爲有害於身。其實不定然。苟能合宜控制。固具有保守性者。蓋身體有天然抵拒及驅逐毒微生物之性也。然有時䑃因穉侵。致抵拒力過度。則或不獨不減害而反加害。致受穉生之惡毒而死。

發炎原因　發炎分數類。而各類之輕重不一。由穉致者最多(見前頁)倘身體虛弱。或受寒冷後。或食物不敷。或居處空氣不足。或多飲酒。或患病。如腎炎及糖尿症。皆易爲穉所累。譬如多人聚居一房。則易得肺瘵矣。除穉致之炎。另有(一)打、刺、壓、擦、扭等傷之炎。(二)燒、燙、凍等傷之炎。(三)葯毒之炎。(如强酸及鹼類)及動植物毒之炎。(四)電傷之炎。(如遇烈電或電燈之器等)有人專以穉所致者爲眞炎。其他激惹之物所致之炎。則不爲眞炎。但二者之狀大約無所區別。故勿庸分論。

炎狀　以顯微鏡窺蛙蹼。則可見炎狀。當其未炎時。有紅脒甚多。皆在血管中。其行極速。白脒甚少。僅在血管邊。其行較遲。又可見細動脉舒縮而司血之通行於毛管之遲速。及見色脒或縮小或舒大。惟此色脒之變異。則關乎光之明暗。光明則縮。光暗則舒。

(一)血管之改變　即急性炎時血管之改變。若置鹽於蛙蹼皮上。立見蹼細動脉驟縮。後則盈

第三圖



Fig. 3

血緩行可見血牀

第二圖



Fig. 2

血速行不見血牀

血及血管舒開。血即速行。血速行之故。係單處小血管之司功所致。血行之增速不久。後則漸漸減緩。一若血道有逐漸增加之阻滯者然。紅牀白牀乃擁擠充塞。或前或後。終則停止不流。此時血管壁及血管所有之血漿不如常。因白牀漸漸貼近血管壁。而紅牀依然彼此相貼成串。

血滲出 Exudation 血之各成分皆滲出者。因此時血壅不行。白牀貼近血管壁。漸則穿出壁外。今考知其因何而貼近。緣白牀俱有**吸驅力** Positive chemotaxis 及管壁變有粘性也。後則白牀漸穿出血管壁。以敵穉。倘血末緩行。則白牀亦不致穿出如斯之便也。然白牀又可由細靜脉及毛管而出。見第二第三兩圖。

第二圖　此乃蛙脚平常之血管及血。其行速。故以顯微鏡窺之。不能分別血牀。

第三圖　此乃蛙足發炎之形狀。其血行緩。故顯微鏡可窺見血牀。

紅脒在中行。白脒在側行。細窺之。則見白脒或剛由血管壁兩膚脒之中間而出。或已出血管壁。管外係連網。其內亦有數粒紅脒。

白脒穿出。賴脒變形而成。係脒先凸出一支。入於微管壁之內膚脒間。內膚脒因發炎而有隙。白脒之凸支即乘勢而入。而白脒內之元漿遂流入凸支。如此逐漸進行。終則白脒之全體出管壁而入周圍之連網矣。但白脒之穿出祇在血尚行時。迨血塊一成。則其穿出亦停止。

白脒既穿過血管壁後。則有數變狀。或消散而放出血絲粫。助炎質凝結。或入淋巴管(津管)而復回血內。或變作膿脒。但在未消散及未變之前。則有驅除炎處之死網及食滅其穉之功用。後或變作生筋脒而成筋網。白脒可比作身體之排除隊。一受外來之侵犯。即自血管而出。驅淨身內之汚。如兵到作亂之處。首則剿滅叛人。後即駐防保衛。　紅脒亦有穿過毛管壁者。然無責任。既消之後。只餘血色成血迹而已。　至於血漿(血汁) Blood plasm 則大都復入淋巴管之內。但若滲出太多。則淋巴管不能盡收。乃入網中。後若與白脒所放之血絲酶相遇。則凝結成炎性淋巴。其血清(血盟)則積網間而顯單處之腫狀。但若皮破。血清即自散開。　如係潤膜發炎。(腹膜、肺膜、節膜等。)其滲液多積穴中。此液係血漿。故易結成血塊。Blood clot 或浮於液中或粘貼於膜面而成一片層　試略論發炎之如何有益於人。假如有羣穉入體網內。其毒素則為激惹之物。血因之而速行。使穉毒素變淡而渙散。是血能勝毒。而毒素難存。不過網暫盈血而已。再則因網得多血之養功。即能抵穉

毒素之害。三則血內有敵穡毒素(或他敵素)或補償素。此二敵素。固能逐制穡毒素或滅穡。若有一處受穡害此敵素即在受害處愈顯抵穡之力。血漿滲出。其益亦然。至於血停止之有益無益。尙未查明。今思之。或是能助白胅貼近血管壁而後穿出白胅之功用。上文已述。

(三)體膶之改變 膶發炎時。其改變不易查明。然其與血管之改變則亦最關緊要。 穡所致之急性炎而膶互效。仍靠穡毒素所惹之輕重及病者之膶之抵力如何。究而言之。凡最淡之惹物。每使膶胅孳生增多。反是。則惹物過甚。膶即不能敵禦而死。急性炎時膶過長在人體罕見者。蓋因小炎恙不以顯微鏡查之故也。若查牲畜類潤膜急性炎之初期。可見內膚胅已加厚數層。胅核亦分裂。此乃孳生之據也。若查肉芽膶外層。其形亦然。因此處穡毒素少之故。 但平常炎之惹不僅如此。則膶必因之而死。膶死有數類。最常者曰凝性膶死 Coagulation-necrosis 其理如下。膶與胅浸在血管所滲出之血漿。倘穡毒素使血漿凝結及使胅死。則此處之膶即凝結一團。於是膶之組織形遂自消散無存。胅核不受底性色染。僅受酸性色染。迨後膶改形。則賴致患之原如何。若係膿穡所致。則此團多集多核白胅。白胅被穡毒所損而成膿。若非膿穡所致。則所至之多核白胅即少。但炎處穿滿小圓胅。此小圓胅或即淋巴胅。此胅或血所出或膶所出。未嘗查明。然一至患處。即自分而加多。苟穡滅炎止。則膶之修補功自能顯出。使發炎之處變成筋膶瘢一團。

非穡性炎(如皮受湯火燙而炎)則有多血漿滲入膶胅間。將胅彼此相離。致被血漿壓壞。而成溶解性

腡死也。Liquefaction-necrosis 皮燙起皰。其類亦然。

慢性炎則脒孳生而加多。以致腡變硬。此害雖關於間腡。有時器官之正腡亦受累。

(三)結局　依上所論。可知急性炎之結局不一而足。蓋關於急性炎之原由。或穉致。或非穉致。或暫或久。或輕或重。或腡之抵力大小者也。

穉性炎 Bacterial inflammation 鮮能消散。多係患處腡壞。壞之後患若何。全關患處之穉毒若何。夫受害之結局有四。(一)腡復生。係患處之死肉除去。則筋腡生而成瘢。(二)炎腡及滲漿變液而成膿。(三)炎近皮面則潰爛成瘍　(四)穉毒素甚盛。延累極潤。則腡死或致成疥。Necrosis or gangrene 論此事有足誌者。如最要處精細之腡。雖多受血養。然較連腡更易受害。比如小兒初長之骨幹一段。受穉害最易壞。但連腡則不然。若受穉害。或無大妨碍。

非穉性炎。滲出之液較多。滲出之脒較少。此類炎不漫散寬潤。其常見之結局如下。(一)炎質消散無形。(二)炎質變成瘢腡、如粘貼腡。(三)炎患成爲慢性炎。且其患處加厚而硬。或滲液常存於身潤穴內。

炎質消散 Resolution　因原害不重。腡之受害畧輕故也。所顯各狀之次序與發炎之次序相反。即血脒畧動。血流漸復原。後則漸速也。

脒之粘貼力雖漸漸失去。但挨近血管壁之脒。須俟片時方顯明。其穿出之白脒。或從淋巴管或穿

血管壁仍復入血內。更有在腡內消散者。滲出之液。則被淋巴管消散。發急性炎後少時。血管舒大。因失縮力也。然病愈則其縮力仍復原。

炎狀 SYMPTOMS OF INFLAMMATION

患處之炎狀 Local signs 有五。即熱、紅、腫、痛、失功用是也。

熱 患處發炎。因血來多。故較平常稍熱。此非較身內之血更熱。但患處較未炎時畧熱耳。以溫度表察之。則可知矣。血溫度增高之故。詳論於後。

紅 患處色紅。由盈血也。血初至時。患處之色即赤。捫之其色退。放之其色旋來。患處盈血時色又變紫者。因血過毛管時甚緩而失氰故也。捺紫色處。其退不速。放之其進不銳。或有黃色畱存。乃因紅脒紅脭滲入連腡也。若血停止。則捺之色不退。異日或色質常存。若發炎之腡原無血管。如瞭及骨肦等。則不能發紅。迨新血管穿入。則發紅。瞭初發炎時。近睛圜處發紅。睛簾初發炎時。其紅不顯。因此處有黑色故。然炎久則睛簾色消散而紅即顯。

腫、其原由有二。(一)血多至。(二)血漿滲出。 倘患處之連腡疏。則其腫更甚。因血漿聚多故也。倘炎在厚筋膜下。其痛最甚。然其腫距炎處畧遠。(如手掌膿炎腫在手背。頭皮炎腫在眼瞼。牙炎腫在頰是也。)若炎質能滲至疏腡。腫狀最顯。但痛狀則減輕。

痛　凡患處覺痛者。乃因腦經梢受滲液及血壓之累也。若有筋膶阻碍。滲液不能散開。則痛甚。(如手掌、眼球、精腺等皆是。) 滲液增痛。或因有毒害腦經梢或因阻血養故也。若受內或外之壓。其痛易加甚。如指炎。手下垂則痛甚。如上舉則痛輕。此因血壓加減之故。或外物緊束或用指壓。皆使痛加甚。此曰捫痛 Tenderness 夫痛又各不同。若患處有膿其痛跳動。泗膜炎痛如揩砂。潤膜炎痛如刀刺。骨炎痛如被穿一孔。夜間尤甚。精腺炎痛而欲嘔。若係視聽二覺官發炎。其痛或甚微。然有光閃聲震等狀顯出。如視衣炎、中耳炎是也。

凡痛不獨患處受累。有時遠處亦覺之。此因患處與遠處之腦經相通。或因痛之感觸。每疑痛由腦經膜而來。如髀節炎則膝覺痛。蓋同一腦經。故延及膝也。腎石痎 Renal colic 之痛循陰陽股腦經之路。有時或使同側精囊上縮。脊骨癬之痛累及腦經。背脊骨癬則有勒腰之痛。背腰脊骨癬則腹痛。或身一側有病而對側覺痛。如成對類各器官有病。則益顯如此。

失功用　患處失功用。因腫痛或穉毒阻碍膶脒之靈活而致。如眼炎則損其視力。肌炎則其功用失。肝腎炎亦各累其功用是也。

全身病狀 Constitutional symptoms　身炎時。每有全身病狀顯出。然其輕重則因病原而異。無穉之炎。溫度略升。片時即退。有穉之炎。其毒素傳入身。顯輕狀者。如溫度略高。顯劇狀者。則血中毒而死。如所生之膿僅少許而被膜緊壓。則全身所顯之狀甚烈。　發熱之狀。此節不盡詳載。只撮其最要

者論之。

發熱 炎時身溫度升高。心搏加快。呼吸亦然。如炎不已則人羸瘦。肌力減少。口乾。舌有苔。唇牙皆積垢。胃消化力弱。大便結而糞甚臭。尿少而色紅。所含尿素及尿強礬加多。皮亦發乾。

發熱之理。因血絲梅及穉之毒素激惹身溫司所而致。且身內各器官。因血有毒。致所屬之脒腫而濁。失却該器官功用。例如心肌炎後。其脒內生有微粒。則心肌縮力有阻礙。腸胃等處亦然。胃之腺不能生胃液而致胃弱。涎腺不能生液而致口乾。胆汁不多則化油之功弱而大便結。蓋身熱與各病狀相因而至者。壯健者炎。其所有病狀皆甚顯明。如生巨瘍及肺炎之時是也。虛弱者炎。則另有昏暈之狀。如患癥症。至三星期成癥（沉重之狀）Typhoid state 或有毒入血者。其狀亦若是。

炎之分類 **卡他耳性炎**或名**洒炎** Catarrhal 初起時。洒膜乾而色紅且痛。遲則有洒或膿出。如上所言生洒之脒多。則洒出亦多。以顯微鏡窺之。可見膚脒、白脒、膿脒等。此類炎多由穉或激惹物或受寒冷所致。

血絲膜性炎 Croupous 此係所出之血漿凝結成一層假膜。如潤膜中之肺膜腹膜及滑膜等炎。則有凝結血絲成膜。日久則變爲粘貼膶矣。若眼睟、喉等處之洒膜發炎。則成白色塊。此塊易脫。脫後即顯數流血之點。

瘠膜性炎 Diphtheritic 患痔者。其喉內有一層假膜。此不僅血漿所成。且有死膶在內。蓋此膜脫落後。有血管口可見也。

間有身內之一器官其脒發炎。則成正膶炎或實質炎 Parenchymatous 其連膶發炎。則成連膶炎

或副腡炎或間腡炎。Interstitial 如肝之發炎。因肝之正脒所致。宜名曰肝正腡炎。如因連腡所致。宜名曰肝連腡炎或副腡炎也。

昔有名轉徙炎 Metastasis 者。即炎患由彼處驟然轉徙至此處。而似乎無緣故。迨今查確。方知兩處同爲此種所累及耳。然瘰性腮腺炎後。有時兼患精腺炎或卵腺炎。此則今仍稱爲轉徙炎。

急性炎治法

(甲)非種性炎單處治法

其要有五。(一)除去激惹之由。此法時易爲。如外物入睟或瞭。則將外物除去。或係藥激惹之癲。則藥除病即自瘉。但大約炎之原雖除去。而打扭湯燒等傷之迹仍在。故須保護傷處。以減其狀。防種侵入。以助腡復生。

(二)使患處勿移動。如骨節炎則以板夾之。乳腺炎則用布帶將手與乳同裹。至於瞭炎。以棉花布帶裹於眼外。可免瞼磨擦眼球。若眼視衣炎。則令病者居暗房內。即能安息其視衣。

(三)減患處血壓。令滲液少出。則壓痛略輕。蓄血之多來。雖屬有益。然亦能令人苦楚。故稍減之。亦爲一法。最通用之法。係將患處置高。如此便足令血減少矣。但不宜置之過高。以免患處有虧血之弊。又有用水蛭吮血者。每水蛭可吮出二英錢至四英錢之血。但須小心。愼勿吮在靜脉管、精囊、眼瞼等處也。苟欲令血多出。則於吮後。敷熱布於吮口處。血即不止而多流矣。或有炎時。累及連腡

甚多。以致炎延濶。宜以刀割放數次。既能止痛止血壓。令毒由血洩出。且能使新血漿多來。而有敵穉之能也。劃破法或杯術。(聚血或放杯術) Cupping 均可用。更有用冷水與冰者。最妙係用凉水蟠管置患處。次則係用散熱葯水。(即錏氯鹽 Ammon. Chlorid. 半英兩、火酒一英兩、和水七英兩、以葯水濕絨布、鋪於患處、勿以油紙蓋之、倘布中之葯水已乾、病人可以自理、將布再濕此葯水鋪患處、又有用淡鉛醋下礬溶液者、若患處覺痛、則葯水每一英兩、加鴉片酒十至二十滴、照上法用之) 上論冷水與冰之法。惟初發炎時可用。然老人及初有膿者。皆屬不宜。又因其能令血管縮小。故不妥善。　亦有用乾與濕之熱力者。凡熱力可使血管舒開。致血多流。故血漿易散。即令淋巴管速𠲜白脒是也。若膿將成。用熱布敷之。其成更速。此布須濕以熱水。或稍加鴉片藥酒在內。若用乾熱力。則敷以蒸熱之棉花便得矣。

(乙)穉性炎單處治法　治此類炎。以滅穉、除毒、免膶壞為最要。其難處乃因血及淋巴在其管內停滯不流。故患處不能得新血之養。且穉生之毒存積血內。以致膶受害也。　攻穉性炎之要法如下。(甲)用伐克辛、敵穉血凊藥品、飲食等以增血敵毒滅穉之能、(乙)用外敷法使停止之血及滲液消散。並使鮮血來至患處以補膶之缺損。所用之法如下。

(一)除去激惹之由。如瘺管內有死骨片或線。均須取出。或將單處割去一塊。如有獸疔。則須將膶及穉盡行割去。或治背癰。則用刮匙刮去死膶。

(二)勿移動患處。俾得養息。且免穉散佈。病者宜坦臥於牀。或用夾板托帶等息其肢。

(三)使肢高舉。或用熱袱敷之。或放血使靜脉及淋巴管內所積之液消散。若炎患不甚。可畧刺皮

放血亦頗有益。若積血。必深割數口。使穢及穢毒素流出。並使緊腡鬆軟。

(四)用引流管將深患處(如瘇等)之滲液引出。或用紗布塞傷口內。再用熱袱敷之以助液滲出。又法將炎處浸於九十九至一百零五度(F)無穢鹽水或他弱敵穢水。(如硼砂酸水等)甚佳。能令穢毒變淡。且能洗去之。但不可用之過久。以免腡受水過多而阻其修補之助。

(五)現新得一法。即令血多來患處之治法也。乃德國醫士畀耳氏所發明者。令血多來法之理。乃因盈血處白脒加多。雖有治病之力。然血須循環繼續而至方為有益。但急性炎時血盈過甚。致患處之鮮血被阻。則有害焉。

畀耳氏法 Bier's treatment 乃將患處墊高。使發炎所致之盈血散開。以有益之盈血法代之。使新鮮之血循規多來患處。此血含有敵穢及毒素之質。故能助病瘉也。

盈血法　分為引至盈血曰實性盈血。Active 被阻盈血曰虛性盈血。Passive 實性盈血由動脈而來。因血管舒開使血多來。此用熱而致者。如熱袱包浸以熱水。或用克拉拍氏 Klapp 吸球亦可。所用之束帶。必用庫秋所製者。束時必合宜。只使血被阻。而使靜脈血仍來所束之患處成紫色而畧瘀腫。但不可束至痛。如發冷或暫覺痛。即知因束過緊也。若束帶合宜。可經二十點鐘之久。每日須解放二三點鐘。俾停血流動。用此法至炎畧退。則束帶每日可減少一時。克拉拍氏吸球(見圖)宜用於束帶不便之處。(如背上瘅癰乳腺炎指炎等。)鐘形玻瓶最為合宜。用時以油抹其邊置瓶於患處。用吸球將瓶

內之氣吸出。則見瓶下之胭。因來血過多。腫而凸起。如有傷口及膿液等必皆冒出。每日可用此器二三次每次五至十分鐘之久。

第四圖

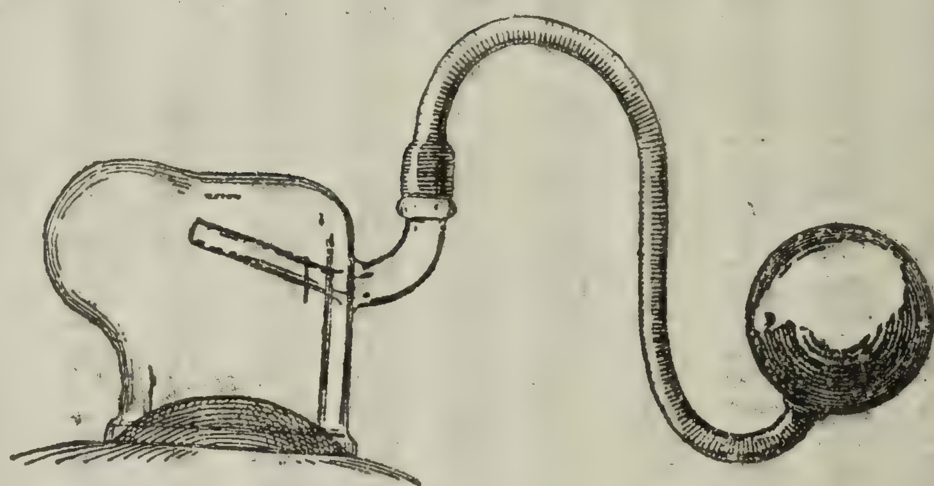


Fig. 4 KLAPPS'S SUCTION BALL

克拉拍氏吸球

(六)免患處再受染此即勤用防穢法便可免矣。

(丙)**全身治法** 須看病人之壯弱及病之輕重而施之。若壯者血壓力甚。脉大而盈。患處極痛可用鋑酒、烏頭、衣必格、鋑醋、礬、哥枝禁等以減其脉壓。又用瀉藥使皮腎腸洩出身內之毒以淨其血有時遇急性肺炎、腦衣炎。若病者最壯。可開靜脉放血亦甚有益。此時用易消化之食物爲最要。須視病者之舌及消食之功若何而斟酌與食此爲施全身治法時最要者。

若病者虛弱。因日久發燒而血中毒。則全身之治法尤要。宜調理飲食。殷勤撫慰。及用激心藥及利大小便之藥。但不可過瀉。以免虧損其力。染性症之署發燒。未必有害。因身在此時生敵素也。但熱過度則有害。因其能阻胭生敵素也。除熱度過高時。則不必用退熱藥。若用之。貴林 Quinin 及柳醋酸 Aspirin 類及用溫水撈身爲妙。

慢性炎或曰疚炎 CHRONIC INFLAMMATION

原因、慢性炎之原因與急性炎相似。但其激惹輕而頻頻復發。且病者之天性。或偏於一種。外科士最常見之慢性炎狀。多係癯、瘰、癩、痹等症所致。故每遇一症。應詳詢舊曾患此類症否。

炎狀　慢性炎之狀與急性炎不同者有三。(一)患處盈血較輕而常久。因激惹者不甚。故痛較輕而患處不甚熱。但其色紅紫。因血積聚久且有色迹。血管弛緩。因其管舒脹日久。失其自縮能也。(二)血管內之紅脒。不堆積成串。所滲液中胉及血絲脭少。故血漿較清於急性炎者。(三)急性炎及慢性炎之迥不相同處。爲腡之應狀。急性炎者腡增加之狀不常十分明顯。蓋其炎毒之力足以毀壞腡之生命也。若慢性炎則不然。惟癯瘰二類慢性炎之末期。或者與急炎能相似。慢性炎之一處。必有圓形脒穿入。其脒之由來不一。(甲)某類腡炎時。脒生增多之狀甚顯。血管及淋巴細穴之內膚脒及乳腺生泌脒尤然。而在他處則不增生。(乙)大約穿出之圓脒。即爲淋巴脒。Lymphocyte 多繞小管結團成微瘤。慢性肉芽瘤內全爲淋巴脒所成。(丙)近來有一脒。醫士頗注意查之。名漿脒。Plasma cell 此脒較淋巴脒大。且爲橢形。其核分五六瓣。與淋巴脒者等大而不居在脒之正中。其元濤染色之效亦特別。慢性炎處此類脒甚多。有時並無他脒相混。但常有淋巴脒同顯。　此新脒無論由何而生。大約皆變成筋腡。亦有時所成之腡與原腡相似。此成腡之效。爲慢性炎之特別狀。

結局 若慢性炎處。非瘰癧等症所致。則被脒侵入而變大。若久存積則成筋膶。(變硬)如骨炎後大而堅密。骨衣患慢性炎後生骨較多。腺炎後大而且硬。蓋皆連膶生多也。

全身病狀 平常不甚顯。若有瘰、癧、癲、痹等症。則身體中有該症之狀顯出。

慢性炎治法 治患處者分爲五。(一)除去發炎之原因。如死骨片或瘰性質。宜皆取出或刮去。隨抹卡波利酸。慢性瘇有膿壓膶使原來激惹加大之虞。宜早施治。

(二)免患處移動。如關節炎則用一架盛之。脊骨節炎則令病人安睡。不可令生泌腺多生液。不可令覺器官感受激刺。

(三)外惹內效法。對於慢性炎大有功效。因能將炎引出也。今已查確。因能令裡面血來多。使炎質消散。故其炎漸癒也。凡葯之能令皮發炎及令血多來皮處或深處者之類是也。又祇以手摩皮亦能使現紅色。然尙有數法可用者。或以芥子紙 Chart. Sinapis 貼患處。約十至二十分鐘揭去。或貼班螯膏 Emp. Cantharidis 亦可。或用芥子一份胡麻四份調和。用水煑熱敷之。或搽以氯酒。或以烙鈕向火酒燈烘熱。約在患處烙數次。此法對於慢性骨炎及慢性關節炎。均屬有益。更有一法。凡係慢性關節炎之腫者。用錸雜膏 Emp. Hydrarg. Co. 展塗布上。剪分十數條。用力圍裹骨節。此條之外。復裹一條。裹至十數重。如此則葯力可入。且有壓力能消其腫。再以棉花包裹。以架盛之。約四五日換葯一次。此司可特氏 Scott's dressing 之法也。

(四)揉捏法(西洋按摩術) Massage 此法殊妙。宜多用之。其法有三。逆揉法 Effleurage 又名向心揉法 先傾油於施術者之手。然後按病者之外皮。向心揉時。稍爲用力。背心揉時。則不用力。接續揉之。能助血速流入及洩出之血漿散去。指捏法 Petrissage 即以拇指及其餘四指。用力捏其肌肉。向心行之。此法能令滲液消散。打拍法。Tapotement 用左右手之小指及掌之髃側。橫向病者之肌。接續拍之。善施此法則病人不覺痛。近來發明一種震顫按摩法。Vibration 其顫力甚佳。有手搖者。有用電力搖動者。而以電力搖動爲者最佳。若患節痺、腰痹、骶腦經痛及他腦經痛。用此皆有效。

(五)全身之治法。須依致慢性炎之特別病原而用葯。如屬癯則用鋏氣鹽或銾。

(六)穉致之慢性炎。如確查爲某穉。即以某穉製成之伐克辛按前論之法注射之。但平常之各手術亦宜用。

(七)壓力係治慢性炎患之一要法。久脹而鬆弛之血管須緊之。對於涑炎液有益。例如緊纏法及用伸縮性纏帶等皆係常用者也。

(八)畀耳氏療法 又名人爲盈血法。亦係慢性炎治法之有效者。凡熱氣浴及各種電法皆佳。揉捏法亦佳。已詳前。

第三章　用熱·光·電·銳治外科症

HEAT, LIGHT, ELECTRICITY AND RADIUM IN SURGERY

熱療法　HEAT (Thermo-therapy)

熱療法除滅穉之力外。更有療症之用。因熱能引血多到患處。故使患處浸於新鮮之血。血內有敵害之質。如白脒、俄拍所甯 Opsonin 敵毒素及他敵素等。皆能減穉之害及改其毒素。如有一處被滲液變硬。熱能助液復運行而使網變軟。

熱之用法分二大類。即濕熱及乾熱。二者於全身及單處均有用。

(一)**濕熱** Moist heat　用於單處者。如熱敷包或糊藥敷於炎處助其復原。如皮未破。所用之敷料不拘。只須用能久存熱者即妙。胡蔴敷包。存熱甚久。過於平常敷包。如皮有傷口。必加抵穉藥於敷包上。硼砂絨浸於沸水而擰乾。或卡波利蔴敷包。對於敵穉之用甚佳。胡蔴敷包之製法。乃用沸卡波利酸溶液(一在四十)與胡蔴子粉攪和。以數層紗布包之。敷於患處。惟須注意。因卡波利酸對於染慢性炎之致腎變似蠟者有危險。有時敷包上須加外惹內效之藥。如芥子粉是。(氣管炎時可用)

濕熱之用於全身者。如熱浴法。不但潔淨身體。又於腦力畧衰及遍身受傷時。能助其安靜。於身體

被燒傷時。能將粘貼於身之衣服去淨以免疼痛。對於小兒更佳。凡深傷口處染膿時。用濕熱能將毒素變淡並可洗出之。熱浴療法。對於慢性炎亦大有用。如全身肌痺症及筋腡炎。是因此法能使腡弛緩而復其原功。有單用水浴者。有加用熱泥或土煤浴者。Peat bath 亦有加藥料於水而浴者。如鹼性碳強礬或硫礦等。此外則有溫泉。每含有此類藥在內。頗合用。

(三)乾熱 Dry heat 亦有療病之效。能令病者發汗及皮面盈血。對於慢性症頗佳。因此類病。須受大熱方舒暢。乾熱用於週身者。如乾氣浴(又名土耳其浴 Turkish bath)其熱可至法表二百五十度。可用二十分或三十分鐘之久。足使病者大發汗。令有機類之毒。隨汗而出。浴後須用揉捏法。或用涼水澆身。後休息一句鐘。又有用俄國浴者。與乾浴相似。但氣係濕者。故不能及此熱度之高。因氣濕則汗速出。故用之不可甚久。此二者之益。均係令身體所含之毒隨汗而出。且同時用揉捏法。能令身體活動之功增加。此二浴對於少運動之人。可免痹癲等症發生。已患此二症者。可以此法療之。

凡病者雖起床。或不能離家。如患血中尿毒及慢性痹等症。須用一簡便之法。用一架子。將數層絨毯。蓋於架上。將酒燈或電燈。置於架內。用其熱以療之。但用熱濕布裹法。於此類病症更為簡便

單處用之熱療法甚多。畧論其最要者如下。

(甲)熱氣浴 Hot air bath 所做之器。其形如箱。其壁以石棉 Asbestos 為之。用一油燈或氣燈熱箱中

之氣。將患病之肢。伸入箱內。其伸入之孔處。用環簾裹於該肢。以免熱氣散出。又宜用帶將肢懸起。以免觸於箱壁、而受燒傷。近來作此浴箱。有用電流熱者。其法亦佳。

(乙)射熱浴 Radiant heat bath 乃用電燈所射之光。其療症之功。不但賴其熱。而其光亦爲最要者。浴器作櫃形。內列多燈。燈球色係按分光鏡配好者。用於全身及單處均可。

(丙)透熱法 Diathermy 與速至電流法畧相似。但其流係貫而不斷。乃用大電流經過患處。因被患處所礙。遂使患處之熱增數度。 此法與熱氣浴之分別。蓋此法係使體內温度增加。而熱氣浴則係使體外空氣温度增加也。

各施用法如下。 熱氣浴與光熱浴。多用於慢性炎滲液。使之消散。(如慢性節炎、單處膶粘貼、腦經炎、腰痺、骶大腦經炎等、) 又用此法可由汗排泄週身之毒。如癲、伯木特氏、肥胖等症是。温熱善助治慢性炎、骨並關節共炎、及痺與癲症所成之筋膶炎等。

熱療法對於腦力猝衰。可稱大有用。且可預防此患。 若施手術爲時過久。則須用此温熱法。使病者身體温暖爲要。近來割病房之温度宜有 70° 至 80°F。宜令病者服暖衣以免腦力猝衰此法係使屋內皆熱。較只令割症桌子熱者爲佳。因昔日使桌子熱。有將病者之背及臀燙傷之弊。 凡受重傷或施用大手術及小兒重燙傷等三者。皆易腦力猝衰。故熱法甚有益。蓋病者身體週圍之氣、以甚温熱爲要也。若用一架子。上蓋絨毯。內置電燈。(五十至一百支燭力者)使病者身體四週之氣均温

此法甚佳。但勿令病者身體挨近電燈以免受燙爲要。

烙器 Cauteries 治病用者有三類 (甲)鐵烙器 Actual cautery 其形不一。用時於火內燒紅或燒熱。須按病症之情形而預備之。

(乙)電烙。Galvano-cautery 此乃鈂線所成。加一不能傳電之柄。由柄至電池。以線通之。柄上前端有一機關。以爲通電之用。有五至六安陪 Ampère 電力來時。必令此鈂線發紅或發白。

(丙)琶克林烙器 Pacquelin's cautery 又名火刀 乃用本坐氣經鈂線而發熱。其法係用一庫秋球使瓶內之本坐氣噴出。經過空柄直至烙器之尖。其尖須先用酒燈燒熱。本坐氣至熱處。即使烙器尖發紅或發亮。

烙器之用如下 (一)外惹內效之用。如骨節有患。宜輕烙蓋骨節之皮。(二)止流血。用火刀割膶。其血不流出。亦不受染。如治癒瘤、痔瘡等均甚便。因不流血亦不受染也。又有在割斷腸時用之者。能免腸內之物染及腹膜。　凡用烙器時。須署紅爲妙。若太發亮則與刀割同。但用此烙器。當脫痂時或有復流血之危。不可不注意焉。

光療法 LIGHT

用光治病。不但其熱即其光亦有療治之效。近年通用者有三類。(一)弧光。Arc light (二)分森氏光

Finsen light 及銾氣燈。Mercury vapor lamp （三）日光浴。Sun bath

（一）弧光 Arc lamp 可用一凹鑑。使病者之週身均得此光。或只施於患病之處。須用法使所發之熱不傷皮膚。此法與射熱浴畧不同。因其光內多有光圖紫色線端之化學線而少有紅光線端之熱線。（射熱浴則反是）多用於單處患。如腰痺、痹性頸歪症等。

（二）分森氏光 Finsen light 及銾氣燈。係用有多化學線之大光。照小患處。分森氏灯為大力之弧燈。其光線被石英 Quartz 鏡聚集而射於皮之一小部。又有一石英鏡壓於皮上。使血散開。兩鏡之間有涼水流過。使皮不受燙傷。皮被壓則血散。而光之紫線不受阻礙。更可深入患處。（因血有收吸紫光之力）

銾氣灯 Mercury vapor lamp 乃玻璃筒所製。其內空氣已被吸出。以銾及銾氣充之。電流經過該處。所發之光含最多紫端外線。此二類灯多用之療治路卜司症。Lupus （狼瘡）但用 X 光線治之。每每收效更佳。

（三）日光浴 Sun bath 此類治法。對於血虧症及欠育。確有功效。因用此法時。係皆袒服。故週身多得空氣之益。

電療法 ELECTRICITY

電之功不但有熱效。亦有他療病之能。更可用以辨症。

(一)辨症之用 As a diagnostic agent

(甲)用法拉兌電流或恆電流。(又名感傳電流及流電流) Faradic and Galvanic currents 即可查明腦系統及肌系統之情形如何。平常肌及腦經之無病者用足力之法拉兌及恆電流激之。肌即縮。若用電極於皮之某處。其應效更敏。此處名曰動點。Motor point 用恆電流者其電流不通時之縮狀大於電流通時。(流不通曰閉。通曰開。)再者用陰極激肌。其縮狀大於用陽極。其合式即 K. C. C. > A. C. C. (陰極K閉縮大於陽極A閉縮。CC=Closing Contraction 即閉時肌縮。) 若因腦經受傷、或腦經炎、或脊腦前角炎等症肌變壞。則以上所顯之狀皆改變。名曰壞應。Reaction of degeneration 並用法拉兌電流激之。其肌及腦經之應效速失。且流閉時。在陽極處之縮狀大於陰極處(A. C. C. > K. C. C.)而於有病之側。所用電流之力須大於無病之側。始能顯肌縮狀。且病側之肌縮狀。亦緩而不敏。然壞應若仍在。則肌仍有復原之望。全恃腦司所及腦經之患如何。壞應可存留數年。壞應既失。則肌無復原之望矣。　痙攣之患肌之縮應每每過敏。

(乙)射線照像術 Radiography 由感應電機 Induction coil 發出之第二電流。此流在一無空氣之筒內經過二金製電極之間。則有射線放出。此爲陰電子 Negative electrons 所成。而其線曰陰極射線

或伯他射線。Kathodal or Beta rays 若陰極爲凹形而其所發之電子集於第三電極。(如中的 Target)此的即名曰對陰極。Antikathode 電子中的時。即發有特別之射線。名曰X射線或X光線。X rays 此X光線能透過平常不透光之物。總而言之。X光線透物之能力依物之實性稀密而定。(即在乎各物原子量(元點量) Atomic weight 如何而異也。)

X光線亦能改變銀鹽類。與天光同。故若將物(如手或肢)置於X光線及照像片之間。X光線易透軟膶而不易透骨膶。所以骨之影即留於照相片上。此類照相即名曰X光線圖或射線照像或射線寫眞。Radiograph 又名X光線影圖或寫影。Skiagraph 筒內空氣除去愈多。電流之力須越大始能經過。故所發X光線之透物力亦越大。此類筒名曰硬筒。Hard tube 軟筒者乃不用大力電流而成X光線者。其透物能畧小。然其分辨影之深淺更佳。

X光線經過鋇鉑衰洽 Barium platino-cyanide 及鈾 Uranium 鹽礬。則使其發螢光。故用此類質製成一小影屏。置於所照物之遠側。則顯出物影於影屏 Radiograph screen 之上。此X光線影屏。大爲查病之助。有時此影屏更勝於影圖。因影圖難照明移動之物。而影屏則不然。因可憑目視之。不論何狀均可看明也。如心及隔肌動時或總動脈囊之搏動。憑影屏視之。較照影圖更佳。前有人將銀探針由氣管傷口內落入氣管。用X光線照一影圖。無探針迹。用影屏視之。則見探針橫在左氣管內。心搏動時針亦上下而動。

按其距離X光線之遠或物之歪斜則影圖顯出之形略不準故非熟於此者不可草率判症欲免此弊近用實體照像。Stereoscopic photography 乃用正旁兩面照之按影圖由前面或後面而照者其形則異如肩節由後面照得之影圖（X光發於肩後片置肩前）其髆喙及肱骨頭最爲顯明反者（如光在後片在前）則髆肩及髆岡最爲顯明大概骨最易顯肌及續骨質略顯若用軟筒肌及肌腱亦略可見之石之顯否在乎石質而異如草酸石則易見尿酸石則不易見胆石少有顯明者用軟筒照之腹内各臟腑如肝腎等多可略顯。

（三）療症之用 Electricity as a therapeutic agent　（甲）恆電流及法拉兒電流其刺激效力均用於全身或單處全身者如電浴 Electric bath 即病者之身體浸於水又加食鹽於水内再使恆電流經過此水而令皮面略盈血此於痹及癩症之筋䐃炎皆甚有益或於肌無力及精神衰憊時亦略有助。嚅氏症 Raynaud's disease 動脈痙攣時此療法最佳。用時須小心使電流漸加漸減否則病者恐有震擊。恆電流及法拉兒電流之用於單處者多爲療治肌癱症以免肌衰憊因腦之司育欠功如司動腦經被斷而不傳感時亦可用此法使復原法拉兒電流療治腦經較佳於恆電流。

（乙）電化法又名電氣分解法 Electrolysis　此法多用於除去無用之毛及色痣等又可化去血痣並能令衇囊内之血凝結若令電流由此金類電極至彼極經過體䐃其所發之化能可令血成塊或令毛囊等物變壞血凝塊之處近陽極者多近陰極者少故不必將陰極針插入䐃内只用一平扁

墊墊之。此墊須浸以鹽水。置於皮上。離患處畧遠。且陰極最易令患處成斑痕。乃因陰極在患處積鹹性質使胐潰爛。及陰極所成血塊係絨性而不堅故也。若所治之血癌大。可於陽極線之末處安置數針。此針須以鈦或鋼鐵所成者。此針必用庫秋或蠟質等蓋之。僅露其鋭端。以免電流傷皮。若不如此防之。電流必使皮膚潰爛。　所用電流力之大小。在乎陰陽兩針均插胐內。或只用陽針。若用陽針。其電力不過二十五至七十五之千分安陪。(25 to 75 milliampères) 電流可施用十至十五分鐘之久。須小心。電力務宜漸加漸減。用時必先施痲藥。俾立得電效。使患處因血凝結成塊而變實硬。此血塊既成胐。則血癌之空處漸無。而凸處亦消滅。平常用此法療症。須二三次方能癒。大約不免有痕跡。故每次用電療症時候不可過久。每一次須隔數日。不可太近。須察痕迹之情形而後施用。

(丙)靜電。 Static electricity 此類電多由魏氏 Wimhurst 或何氏 Holtz 器所發。每作電浴或掃電之用。治腦力衰弱、血虧、腦經痛、慢性皮症 (如牛皮癬。路卜司)。等。大概此法以補身爲主。無特別治症之效。　速交流電流。 High frequency current 係感應電由雷敦氏 Leyden 電筒所發。其功效能助身之新陳代謝(胐長廢)力增加。故對於全身病。如癲、糖尿、痹等症。每有稗益。

(丁)伊洪療法又名傳子療法 Ionization 乃用電流直接使葯入身胐內者也。蓋因電流經過鹽礬溶液時使鹽礬之傳子運動也。傳子又名伊洪 Ion 係帶電之合點(分子)。帶陽電之傳子曰陰傳子。 Kations

如金類、鹹類、蟣類等傳子。被陰極所攝。而帶陰電之傳子曰陽傳子。Anions 如氯、氣、酸等。則被陽極所攝。若將陰陽兩極墊。浸以藥溶液。再置於人身而使電流經過。則陽傳子由陰極入身。而陰傳子由陽極入身。散於腡中。能達一至十千分米之遠。所用之墊。須大而厚者爲妙。用電之力。則按墊之大小而異。大約墊每一百分方米。(1 square cm) 用二至三千分安陪之電力。(2 to 3 milliampères) 此法多用以治關節慢性炎及他腡慢性炎。然用此治慢性瘍、蝕瘍、路卜司、瘊等症。亦見效。平常所用之藥料有鉦、銅、鎂、氯、柳等鹽礬類。亦有用貴林可卡印及腎上腺精等。

(戊)X光線療症　X ray therapy　多用此法治疽症、蝕瘍及數類皮患。(如錢癬)及除去毛、瘢瘤等。亦有用之治數種週身患者。如凸眼癭症、何斤氏症、Hodgkin's disease 血白脒增多症等。其功效後詳論。

鐳療症　RADIUM THERAPY

一千八百九十八年。法國苦利 Curie 夫人由瀝青礦石 Pitch-blende 內查出鐳元質。此鐳與氭合成爲鐳氭鹽。Radium bromide 則成硬黃晶性之物。且有放射線之能。此射線能透過一層黑紙感於照片。

鐳所放之射線。分爲三類。即 a b 及 g 而 g 線最有透物之能。療症之效亦甚大。

鐳鹽每藏於封閉之筒。此筒係玻璃、銀、鉛、鉒、鈂等類製成者。最便於用。每筒所盛。由五至一百千分

瓦銳鹽。(5 to 100 mgm) 或作一鈕形之物。將銳鹽鋪於其面。每百分方米。有同等之數。再用銀或鉛或鈦蓋之以濾射線之用。故蓋之厚薄不一。如此可阻 a b 二線不能透。惟 g 線仍能透過。使銳氣經過水。水即得銳射線之功。亦可藉銳而有療病之能。某處水泉。有療病之能。大約因其水藉銳之能以療病也。若皮及泗膜有患。銳藥可直接置其上而療之。若深處有患。銳線畧能經過無病之皮而至患處。但最好將銳藥置於腡中數日。又有割深處患瘤之時。醫士恐瘤根未除淨。則將銳藥置其內片時甚妙。

銳之能力及功效，今尚難確述。蓋未十分查明者尚多也。今就其已查明者四種詳述之。(一)銳有感活腡胅之能。如將數種植物令受銳線而使各與銳相距之遠近不同。則最近者被銳線所殺。次者生長被阻。再次則茂盛。(二)銳有輔胅及滅胅孳生之力。如孳生甚速之胅類。見銳則被阻。緩長之胅類。見銳則孳生稍快。故疽及疕瘤等孳生速之胅。見銳必滅。而連腡胅反得助而盛。(三)銳藥之用量及用時之久暫為最要之事。近來尚未决定。大約初用時。用量不可大。時間不可久則妙。(四)前所論銳線之功效及用法。亦與X光線大畧相同。其不同之處。係銳可置於患處或置於腡內。而X光線則必須距離患處方可用。

銳及X光線療症之結局均不甚準。但其功效，近來研究所得而知者如下。

(一)皮面所生之瘤。如猴色癌瘢瘤及他順瘤。以銳或X光線治之。有時只用一次而得良好之結

局、嗓瘀。用此療法亦頗有效。治蝕瘍 Rodent ulcer 無論用鋭或X光線均可治痊。既用鋭或X光線治蝕瘍。非瘍蒂深至累及骨或骨膜罕有再需手術割取者。且如先用鋭或X光線療治。後用刀割取、其效亦佳。乃因鋭或X光線能將瘍之蝕力減少。皮疽有時用此療法亦有效。但未及治蝕瘍之佳善。故治皮疽大約先用手術割取後再用鋭療之。其效頗佳。洄膜疽之療法。其效不及療治皮疽之佳。

(二)用鋭療法治深處之疽。其結局之佳否不準。故治乳腺疽不宜不用手術而以鋭代之。但施手術後。再用鋭療法以除盡疽胅。則甚善。又施手術後復長之疽而不能再割取者。用鋭療法可望痊癒。若乳腺疽甚大。累及甚寬。不能施以手術。可將鋭置於胴內。由二十四至四十八小時。後數日。再將鋭移置他處。如此數次。或可見效。疼痛必輕減。潰爛之處畧癒。且流液亦減少。

口或舌或頷骨之疽。用此療法。患處畧可見癒。但其症仍累淋巴腺。其人旦夕必亡。若早將淋巴腺除盡。則復長之患罕有。若疽累及食管。以致變窄。可將一筒鋭藥置於窄處而使之通。如此。雖人復能咽物。然終不能痊癒。胃疽及腸疽。罕有能用鋭療法治者。因減惡胴時。恐累及腸胃之血管破裂。致有重流血或腸胃穿破之虞。肛疽可用此療法治之。惟能使疼痛減輕。而不能得完全之效。治胱疽之效。與肛疽同。用鋭治子宮疽。其益不少。因流血之患減輕。惡臭之液減少。潰爛之處畧癒。疼痛亦減輕。有者因繞子宮胴變厚硬。難施手術。苟用鋭療法。則胴變軟。即施手術可得佳效。至終之完

全結局。在乎盆內淋巴腺之累及大小。故若能早施手術最佳。

(三)用銳療法治疣瘤。其效較治疽更佳。最妙乃將銳置瘤中。以止瘤之生長。骨衣之圓形胅疣。用此療法。可免割去一肢。然至終之結局。在乎有無子瘤傳生於他處否。 似骨髓胅瘤 Myeloma 最好用此療法治之。如此則免早割去一肢。或刮去一要骨也。

(四)仍有他種瘤不少。可用銳療法治之。如何斤氏或瘰性淋巴腺瘤等。當於他處再論。最宜注意。膚皮久見X光線能發炎。以致或顯燙傷或致皮成慢性瘍。更有變成惡瘤瘍。(名曰X光線疽)昔日用X光線之人。其指及手。每得此患。用X光線者。不可不留意用法保護也。

第四章　查血畧論

EXAMINATION OF THE BLOOD

紅脒　人身血內紅脒之數。多用妥馬氏查紅脒表 Thomas hemocytometer 計之。每立方千分米之血。男約得伍兆枚。女約得肆兆伍拾萬枚。然紅脒內含有紅脭若干。亦宜以紅脭表 Hemoglobinometer 查之。若血所含之紅脭只爲平常之半。則名曰百分之五十紅脭。50% 又須查紅脒之色指數 Color index (色度) 如何。用紅脭百分之度數除紅脒百分之度數即得。如平常紅脭百分度數每千分米有五兆紅脒。此色指數爲 $\frac{100}{100}=1$。如紅脒減少至三兆(則爲平常之60%)而紅脭減至百分之三十(30%)　其色指數即爲 $\frac{30}{60}=0.5$ 此即係每一紅脒。只有一半紅脭也。　總而言之。色指數甚加增。多係惡性血虧症。色指數甚減少。多係綠性血虧症。或因他症久而甚虧血者。紅脭之度數亦減少。

人在流血後。身內所餘之血。其性質與平日無異。不久則血之多少亦與平日無異。蓋得各處脷之液輸入血中。故能彌補其缺。惟細查之。則其血異於常。因液多。紅脒紅脭少。而白脒亦多也。倘當割症或被刺傷後。血流過多。其施救最妙之法。乃用鹽水一斤至三斤。由靜脉或皮下射入。使心復回原力。則可過此危險之時候。血壓力復原。又令心與各血管舒縮如常。並可免當時之險矣。　苟欲查紅脭需若干時始能補回。大約每日能補回百分之一。設於血流後。查得失去紅脭百分之二十。則須二十日。始能補回。惟紅脒之補回。則較速於紅脭。凡屬血流不能斷定實流若干即死。然緩流

較速流不易死。婦女較男人能多流而不死。小兒則又不及男人。患血虧之人。當施割術時。殊非佳兆。亦有數病常屬血虧類。即急性染炎及血染穢等是也。

白脒　人身血內之白脒。其數若干及其種類若何。均要查明。當無病之時。每立方千分米之血。約得四千枚至一萬枚。其種類則有五。

第五圖



Fig. 5 CORPUSCULAR ELEMENTS OF NORMAL BLOOD

a, Lymphocyte; *b*, hyaline or large mononuclear cell; *c*, polynuclear leucocyte; *d*, eosinophil cell; *e*, mast-cell; *f*, red corpuscle, to show the relative sizes of the other cells.

正當血脒

a 淋巴脒　b 大單核白脒　c 多核白脒
d 易染厄俄辛白脒　e 馬司特脒　f 紅脒

(一)多核白脒 Polynuclear leucocyte　此脒雖多核、若留心看之、可見有絲。令其核互相聯絡。而脒內及核內之本質。有微粒甚多。且有食穢之能力。此類多核白脒。係由骨髓而生。每百白脒。約有此脒六十五至七十五枚。

(二)易染厄俄辛白脒 Eosinophil leucocyte　此脒與上類之脒。大小一式。惟脒內之核。分二葉。微粒亦甚多。較上類之微粒大。此脒易染厄俄辛色。每一百白脒約有此類脒二至四而已。由骨髓及他連膶而生。其功用現未查出。

(三)馬司特脒 Mast cell　又名易染底色多粒脒。此脒亦有細粒。其核分數葉。屬連膶脒類。本甚少見。

惟當發炎時則多。若以平日計之。每一百白脒此脒不及百分之一。

(四)淋巴脒 Lymphocyte 比紅脒稍小。中有一大核。每一百白脒約有此脒二十至二十五枚。小兒較多於成人。倘白脒中第四類脒多。則第一類脒減少。淋巴脒本由淋巴腺、脾、腸集結等生出。第一章所謂炎末成膿時多出之小圓脒。即此脒也。

(五)大單核白脒 Large mononuclear cell 又名澈脒。較紅脒大。其核亦大。或圓或長圓或如腎形。脒內無微粒。每一百白脒約有此脒二至四枚。亦有食穉之能力。惟此脒從何而生。現尚無定論。

血白脒增多 Leucocytosis 大都係多核白脒甚夥。然又有在無病時血白脒增多者。如當膳後胃腸消化食物時。婦人懷孕時。嬰兒初生時皆然。故查血當以未飯時為宜。所有傳染之症、如肺炎、生膿等症。其血白脒增多。故欲確知膿已生否。可查病者之血。倘有白脒增多。即可知有處生膿矣。譬如闌尾發炎時。其成膿與否。本甚難知。宜即查血。倘白脒不多。可知尚未生膿。若每立方千分米血內有白脒一萬八千枚至五萬枚。即可决其有膿矣。約多於二萬以外即可决其有膿 凡當放膿後。如白脒仍不減少。便知依然末瘉。或別處生膿也。 有四項宜留心察看者。

(一)發炎時。血白脒增多。因穉生之毒至血。則能吸白脒離骨髓而至患處也。迨放膿後。穉與毒齊出。則白脒亦減少。此因吸白脒之力已止故也。

(二)生膿之穉既滅。而其毒素被血消除。雖身內仍有膿。而血白脒之數亦必減少。故白脒增多為

當時生膿之據。而非已有膿之確憑也。 有時卵腺管曾存膿日久。其穉已死。然血白脒不增多。但急性卵腺管膿炎時。白脒增多之狀頗顯。

(三)倘穉力猛烈。令病體軟弱。則其染病蔓延極速。有時血白脒不但不增多而反減少。 Leucopenia 如腹膜患汎佈之膿穉炎時而白脒少。即非佳兆。因身體不能敵穉之毒力也。

(四)慢性瘇者。其血白脒亦不增多。因膿之作成已久也。此又因其穉所生之毒素無吸力引多核白脒。故患處所有者多爲淋巴脒。穉毒素雖入血內。亦不能感多核白脒雕骨髓而進行。即淋巴脒亦不多增加。因其少有運動能。且不易受毒素之吸力也。

生膿時。脒元濤內有葡萄糖粒。若備一血膜。用氣酒一、鍼氣鹽三、及飽和白樹膠水一百染白脒粒。則得一深棕色。又有人用此法爲判定某處生膿否。但用此法查膿無前法之準確。

有數症常顯血白脒增多者。如肺炎、痳、痔、紅疹、鼠疫、啼嗽等症。每立方千分米之血。其白脒不下二萬。而如馬特熱、瘧、白濁等症。白脒亦多於平常。惟瘰、癧、痒、痲疹、瘴等症。則白脒皆較平常畧少。白脒因病而增多。常見於重流血後及久患惡瘤之衰弱者。多因惡瘤處發炎而致。但不能以此爲判定之據。 患胃疽者。消化食物時無白脒增多狀。由此可助醫士辨定胃疽。未飯時。須數病者白脒之增減。飯後過一點鐘。再數白脒之增減。再過一點鐘再數之。如此三次。若白脒不甚加增。(每立方千分米須加二千)即可疑爲胃有惡瘤。但須同時用臨症查法。則能有準。

淋巴胅增多 Lymphocytosis　此則分確實的增多及比較的白胅之增多二者。若白胅內淋巴胅之數多至百分之二十五。此爲比較的增多。瘰癧、瘴癘等症皆如此。若白胅增多頗甚（即每立方千分米血有十五萬白胅）其中淋巴胅極多。此爲確實的增多。僅血白胅增多症如此。何斤氏症則不然。乃白胅畧增加或如常。此二症由此即可判定。上文曾云小兒之淋巴胅較多。（即白胅百分之六十）然每遇小兒發炎症時。白胅之增加或因淋巴胅增加所致。不似成人因多核胅所致。小兒淋巴腺炎時更如此。

易染厄俄辛白胅增多 Eosinophilia　兼得此者。蓋有四病。（一）動物寄生症。如蟠蟲症。（二）皮病。皮受累之界甚大者尤然。（三）痔症。（四）白濁是也。

數症與生血器（即脾及骨髓等）相關者。如左。

（一）惡性血虧症 Pernicious anemia　血中紅胅之數俱減少。紅腥亦然。但其色指數大於常。紅胅變成不規則形。中有數枚甚大。亦有甚小者。此係血虧惡症之確據。白胅之數照常或少於常。但淋巴胅則顯比較的增多。

（二）綠性血虧症 Chlorosis　此則紅胅不少。而紅腥則減。色指數減於常。有時有小紅胅。紅胅之形式如常。但色淡耳。白胅如常。

（三）脾及骨髓性血白胅增多症 Spleno-medullary leucocythenia　有時每立方千分米之血。約有白胅

十萬至一兆之多。而白脒之內。又有名爲骨髓脒者。Myelocyte 其數極夥。若以常人而論。殊不見有此也。骨髓脒之大小不等。平常者甚大。只有一核。多居脒之一側。不易受色染。其形彎曲或長圓。脒內亦有微粒。如多核脒然。易染厄俄辛脒甚增多。然其比較白脒之數則如常。亦有易染厄俄辛骨髓脒。Eosinophil myelocyte 此類骨髓脒與他類骨髓脒畧同。但其微粒較大。與平常之易染厄俄辛脒同。多核脒亦增加。但因骨髓脒增加甚多。故其比較之數則減於常。淋巴脒甚少而馬司特脒則甚增多。亦顯有核紅脒。

(四)淋巴性血白脒增多症 Lymphatic leucocythemia 與何斤氏症。Hodgkin's disease 須查血始可辨之。蓋淋巴性血白脒增多症之白脒增加甚多。而白脒之中。百分之九十爲淋巴脒。至於何斤氏症則早期之血脒如常。至後期則血虧之狀甚顯。大約白脒不增多或且減少。惟淋巴脒比較之數畧增。然間或亦有白脒增多者。 何斤氏症與瘰性淋巴腺症。不能僅由查血辨別。

血內有寄生者 亦有數症焉。即如瘧症。Malaria 若查其血。可見有雜(原蟲)在紅脒內。其查血法。見臨症方法。

復發性熱症或曰瘦熱症 Relapsing fever 之寄生。亦屬雜類。大沙蹄 Elephantiasis 又名象皮症又名髲症。其微蟲名曰人血絲蟲。此蟲之蛆有晝見者。有夜見者。人所患屬夜者。須於夜間查之。屬晝者須於晝間查之。

血脒數目表 TYPICAL BLOOD COUNTS

以下所列之血脒數目表。不過舉爲一般之標樣。不可認爲各病之血脒特別確數。

全健者之血（正當之血）Normal blood

紅　脒　每立方千分米之血有五兆十二萬枚。5,120,000 per cmm.

紅　腥　一百分。………………………… 100 %

色指數 ………………………………………… 1

紅脒之形狀　無異常之形。每脒之大小相同。只受酸性染。（厄俄辛）

白　脒　每立方千分米之血有七千枚。7,000 per cmm.

多　核　脒	72.0 %	
淋　巴　脒	22.8 %	
易染厄俄辛脒	2.4 %	
大　澂　脒	2.4 %	
馬司特脒	0.4 %	

此外無他白脒。

繼發性血虧者之血（屢患小流血而致者）Secondary anemia

紅　脒　每立方千分米之血有四兆二十萬枚。4,200,000 per cmm.

紅　腥　百分之七十二。…………………… 72.00 %

色指數　一之八五。………… .85 %

紅脒之形狀　畧受染。但無有核紅脒。（繼發性血虧之重者及壯人患一次沉重之流血後、或顯有核紅脒、此係佳兆。）

惡瘤兼衰弱者之血 Malignant disease with cachexia.

紅　脒　每立方千分米之血有三兆二十萬。 3,200,000 per cmm.

紅　脭　百分之四十八。………… 48.00 %

色指數　一之七五。………… .75 %

紅脒之形狀　脒受染甚淡。有核脒在內。但不多。

白　脒　每立方千分米之血有一萬二千枚。 12,000 per cmm.

多　核　脒	82.4 %
淋　巴　脒	14.8 %
大　澈　脒	1.8 %
易染厄俄辛脒	.6 %
馬　司　特　脒	.4 %

白脒無異常之形。

膿症者之血（如急性闌尾瘅） Suppuration (acute appendix abscess)

紅　脒　每立方千分米之血有四兆五十萬。 4,500,000 per cmm.

紅　脭　百分之八十五。………… 85.00 %

色指數　一之九五。………… .95 %

紅䏭之形狀　如常。

白䏭　每立方千分米之血有二萬三千枚。23,000 per cmm.

多核䏭	86.2 %	其餘無他異
淋巴䏭	11.6 %	形。但多核䏭
易染厄俄辛䏭	1.0 %	畧有肝糖性
大澂䏭	1.2 %	之壞變。

瘰症者之血 (無加雜病者) Tubercle (not complicated with secondary infection)

紅䏭　每立方千分米之血有四兆十一萬二千枚。4,112,000 per cmm.

紅脭　百分之七十六。……76.0 %

色指數　一之九。…… .9 %

紅䏭之形狀　如常。

白䏭　每立方千分米之血有四千二百枚。4,200 per cmm.

多核䏭	64.2 %	其形如常。
淋巴䏭	32.8 %	
大澂䏭	2.8 %	
易染厄俄辛䏭	.2 %	

淋巴性血白䏭增多症 Lymphatic leucocythemia

紅䏭　每立方千分米之血有二兆六十萬枚。2,600,000 per cmm.

紅脭　百分三十六。……36.0 %

色指數　一之七。……………………………… .7 %

紅脒之形狀　脒受染甚淡。有核脒在內。但不多。

白　脒　每立方千分米之血有十一萬二千枚。 112,000 per cmm.

多核脒	8.2 %	此症白脒比較之增加不多。而淋巴脒比較之增加甚顯。
淋巴脒	91.2 %	
易染厄俄辛脒	.4 %	
骨髓脒	.2 %	

脾及骨髓性血白脒增多症 Spleno-medullary leucocythemia

紅　脒　每立方千分米之血有三兆二十萬枚。 3,200,000 per cmm.

紅　脭　百分之五十二。……………………………… 52.0 %

色指數　一之八。……………………………… .8 %

紅脒之形狀　有核紅脒增多。以六分寸之一顯微鏡視之。每二視界有一枚有核紅脒。

白　脒　每立方千分米之血有四十五萬六千枚。 456,000 per cmm.

骨髓脒類	42.0 %
多核脒	39.0 %
易染厄俄辛脒類	8.4 %
核脒類	7.6 %
淋巴脒及大澈脒	3.0 %

多核脒之內。多顯變壞之形者。其核及微粒受染甚淡。有時不易與骨髓脒分辨。而其骨髓脒之中又有微粒甚少者。幾不可與大澈脒分辨

第五章　非特種膿性傳染

NON-SPECIFIC PYOGENIC INFECTIONS

此章專論膿穉所起之病。至致特別傳染症之穉如瘵痓等則另詳。　生膿之穉。能令腑發炎。其腑與滲出質則化爲液。此液曰膿。若只一處積膿則成瘴。Abscess 炎佈散者。膿延散廣濶。則成爲絨腑炎。Cellulitis 多致發全身病狀。有二類。（一）穉所生之毒素入血。名曰血中穉毒。Toxemia （二）穉入血。名曰血染膿穉。Septicemia 穉入血後。若致各處生瘴。名曰穉串瘴 Pyemia 又曰穉傳徙瘴。

（一）膿穉

生膿球點穉 Staphylococcus pyogenes （書前插圖）　此爲最常見者。使皮上及淺連腑生膿。及單處成急性瘴者。最多爲此穉。其形似點。在膿內聯合成簇如葡萄。此穉最易受革蘭色染 Gram's stain 置入筋膠培育質。則成化腥𥹁。令筋膠變液。不拘用何培育穉質。俱易育之。氧多者。孳生更速。　育之之時。其所成之穉羣。色白者曰生膿白球點穉。黃者曰生膿黃球點穉。金者曰生膿金球點穉。其黃白金色。能互相變易。故穉色雖不同。而究屬一種。

此球點穉。在空氣塵埃人皮均有之。故皮或皮面下之連腑生瘴、背癰及䐑腺炎等。皆可指實由此穉而成。至於痘及水痘。原本內只含漿液。迨一遇此穉。即成膿矣。亦有其膿甚深者。如膿性骨髓炎、膿性胸腹膜炎等。此穉亦與身各處病原有關。是則不獨能作禍於皮下淺處而已也。球點穉能致血染穉、穉串瘴、瘍性心內衣炎等症。然不如鍊點穉所致者之常且烈。凡醫士之手及器具。於施手

第六圖



Fig. 6 STAPHYLOCOCCI IN PUS

稚點球內膿

第七圖

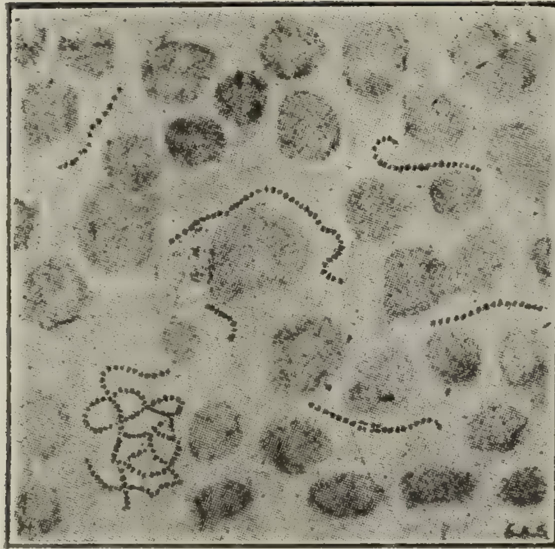


Fig. 7 STREPTOCOCCI IN PUS

稚點鍊內膿

術時不十分潔淨及防毒葯法不足以致成膿者。皆原於此稚也。

(二)生膿鏈點稚 Streptococcus pyogenes (書前插圖) 此稚係多點合成之一鍊。亦能受革蘭色染。在培育質內不易孳生。且不成化脭糊。故不能使固體血清變液。其所生之羣。最容易斃。惟此稚之力。較大於球點稚。且所致之患。屬急延散性炎者多。生瘰者少。瘵之一症。有人謂尚有特稚爲病原。絨膶炎 Cellulitis 多爲此稚所致。然多症由此稚所致。產後血染膿稚、稚串瘰、瘍性心內衣炎等。皆此稚所致也。

(三)肺炎點稚 Pneumococcus (書前插圖) 肺大葉炎之病原。由此稚而起。稚屬雙點類。每點形三角。其底兩相對向。胸穴積膿。兼由此稚所致。至於瘰性肺巢內生膿。多屬此稚之繼性染。凡骨內或關節成膿、中耳成膿、頭顱內成膿等致病之原。約皆此稚。有時此稚入血。即成血染膿稚

症。或兼瘍性心內衣炎。

(四)胴桿稺 Bacillus coli communis　此稺極緊要。因所有近腸及腸內膿炎。均多以此爲病原也。用革蘭法染之。此稺不能受染。又不能生化腥糊。置於筋膠內。不能變液。此稺屬腐類。能令腥類變壞而成腸靛素 Indol 及最臭之糞氣。　此稺與癥稺最相似。但其化糖類之效不同。癥稺在葡糖內。能化糖爲酸。但不生氣。胴桿稺則不然。乃生酸亦生氣。此二種稺均屬於微生物之一大類。此類稺之形相似。其化學效力則不同。

依平時而論。腸內本有此胴桿稺。但腸內無病時則毒力小。倘有腸病則其毒力加增。故能致腹膜炎、闌尾炎等症。其膿常有糞臭。此稺亦能上入胆囊及胆管令其發炎。胱炎之原。亦多由於此。然此稺不能致尿變鹹性。使尿變鹹性者。爲尿點稺。

第八圖

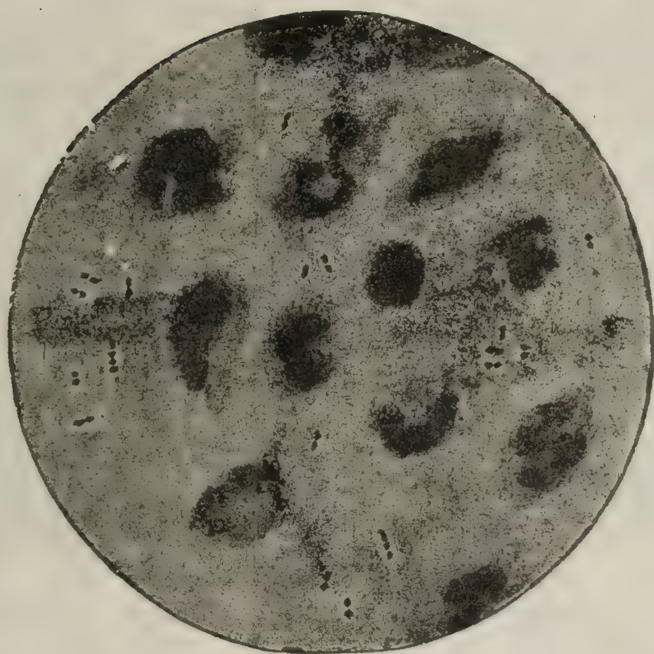


Fig. 8　PNEUMOCOCCI IN PUS × 1000

膿內肺炎點稺

(五)癥桿稺 Typhoid bacillus　(書前插圖)　患癥症後。久已痊癒。有於數年之間。忽然骨生瘅或胆囊膿炎者。大約爲此稺所致。且此稺能久居於糞及尿內。故此人稱爲傳癥症之媒介。 Typhoid carriers

（六）綠膿桿犖 B. pyocyaneus 此少見。但所生之膿當放時。一見空氣即變綠藍色。
（七）白濁點犖 Gonococcus 後再詳論。
（八）四點犖 M. tetragenus 即四犖合成一粒者。亦甚少見。
以上各犖。考其成膿之由。初時只有一種犖。漸則有他種犖相與混合。倘引流不足。或換藥不潔淨。每易令別犖入內。有數種犖者。較僅一種者難醫。蓋人之身體。敵一種犖則易。敵數種犖則難也。即此可悟醫士防犖之法。不可輕心忽畧。須防別犖乘機而入也。

（一）急性瘇 ACUTE ABSCESS

病原 凡生膿處無一非犖所致。此爲醫家近來查驗明確之理也。然在實驗室。可用化學激惹藥（如巴豆油等類）射入動物體。而致無犖之膿。但人身則决無此種膿。亦有某膿瘇。如肝瘇及卵腺管瘇。以顯微鏡查其膿。或用培育法育之。皆不見有犖。此因其犖已滅。而蔓延之害已畢也。亦有瘇所含之犖甚稀。故於平常育質上難育。更有未經查出之犖類偶然查得。學者當注意。
犖在發炎處。或從外入。或由內染。然大約從外入者多。曾有一醫士研究此問題。先置金球點犖於育犖質內。後將此育汁搽於肘之外皮。不久則顯先發膿皰後成癤或癰等狀。球點犖空氣內亦有

之。最易落入葯料及器具中。稍或不慎。即易爲穉所累。生膿之原由。多因身體有一處發炎。其後有穉由血至此。遂致成膿。或有因深處被傷以致患膿者。譬如一肌腱斷。逾時即生膿。此生膿之故。蓋因有穉由慢性瘍或牙窩瘅或腸瘍隨淋巴管而入血。能遍全體。且此肌腱斷處積瘀。穉最喜居。而瘀又不似常血之流行。致白脒不能將穉毀滅。反易孳生。由是而膿遂成矣。　間有穉在胴內。久不作禍。迨後其人之體弱。始乘機發作者。如患癥既瘉之後。已過數月或數年。其骨忽生瘅。竟查得有癥穉。蓋因癥症瘉後。穉在胴內。未曾盡散。故當體弱而有可乘之機。又在骨處生瘅也。　瘋癲症亦若是。有時瘋癲穉入人身內。竟若無事。至十餘年。一旦發作。因穉乘其體弱而爲禍也。　有時生膿之穉。能由此處移至彼處而生子瘅者。Secondary abscesses　如白濁症及穉串瘅症是也。

凡醫家所用物件。如銀綫、玻璃、象牙、連腸節等。倘經火殺穉十分潔淨。置入人身之內。則不作膿。

急性瘅之病體　穉至身體一處則生毒素使胴發炎。炎處血管則舒。使血多注其處。如毒素愈久在其處。則胴愈爲所壞。此壞胴中有穉聚成團者。俗曰膿頭。今細察瘅內有兩項甚顯者。(一)瘅中顯有壞胴。(二)壞胴之外。顯(第九圖)有一層發炎者圍繞。此處有甚夥之多核白脒。　始成瘅時。其中心之死肉塊及穉團與繞胴未相離。迨其後死肉塊與活胴相離而脫出。炎處即能結口而瘉。間有由割放或自穿然後死肉塊及穉團脫出者。亦有不破而漸被白脒所食及梅所化去者。一團白脒浮於液中。且有炎胴繞之。此即爲瘅。白脒及液、則名爲膿。急性瘅內之膿脒、乃多核白脒。此白

脒與血內者畧不同。因被穉毒素所殺。故有敗變之狀又有有穉在其中者。凡瘇初起之一二日。其生甚速。蓋因炎散佈之故。此後即緩緩而生。由此可知腡先被穉毒素所害。後生敵穉之力而敵穉矣。此時瘇穴生肉芽腡一層。柔厚而紅。此層係新生之血管、白脒及連腡脒所成。昔者。醫士見此則喜。名爲肉芽腡膿膜。Pyogenic membrane 蓋見此。即知腡之阻穉及其毒素之能已發生。而血中毒之險可免矣。

瘇大約不能向四面平均蔓延。因有骨或厚膜阻碍。故膿須從軟處連腡尋一出路。終則至皮面穿出。或至腸或至腹內他腑穿出。瘇既破。則穉及毒素皆散出。自不致害於肉芽腡膿膜。故連腡敵穉之能即加增而勝過穉及其毒素。所存之穉與毒素被白脒消散。瘇壁發炎之力減輕。

第九圖



Fig. 9 FORMATION OF ABSCESS IN THE KIDNEY
In the center is a zooglea mass of organisms ; around it a zone of devitalized tissue ; and still further out an infiltration of the living tissues with polynuclear leucocytes.

腎瘇

中央者穉聚成團團中央之團者
即壞腡外圍即多核白脒甚夥

而瘴壁之肉芽胭生長。漸漸由瘴底平及皮面。膿亦漸漸減少。至瘴穴充盈。則痊癒矣。若早用引流法放出稚及其毒素。則見功更速。

有時雖已成膿。然體健而血中之白脒。在瘴未穿之前將稚毀滅。膿亦被唻。如此。白脒變壞似豆腐後。被肉芽胭所成之筋胭裹在內。雖久猶存。

急性瘴病狀 (一)單處狀。(二)壓狀。(三)全身狀。

單處狀即熱、痛、紅及腫。　初起時該處堅硬。及有膿時則其中軟。若膿多者。捫之則浮動。其週圍較初起時更腫而痛如跳躍。其痛之輕重。則依瘴生之處及感覺腦經之多寡而異。倘該處有厚膜阻碍。如瘴在掌筋膜下之類。則痛愈甚。浪動狀爲有液最的確之據。查浪動之法如下。　將此指按腫之一處。再將彼指重按腫之他處。若有液在內。彼指重按時。則此指似覺有浪流動。　有時軟瘤亦顯浮動狀。(如脂瘤及快生之疙瘤)反是者。若圍繞病液之壁甚厚。或其液緊張力甚大。或蔓延甚廣。則浪動狀不顯。　瘴若不療治。終須自潰。因長大時胭週圍受其壓。故膿依軟處而行。是以多由皮穿出。然亦或有從肌鞘或入臟腑穴而潰出者。

壓狀　皆因腫處壓四圍之組織所致。而最要者多關乎腦經。有時其痛或映射至無病處。若瘴內有大血管。有時連胭爲膿蝕去。致該處血管無物盛載。有時血凝結而管被塞。靜脈尤易如是。有時血管或脹大而成動脈囊。或管壁潰爛而血出。急性瘴及慢性瘴皆如此。

全身狀　人身有急性痹時。熱度升高。或有寒顫及血白脒加多。此寒顫係穉毒素激腦所致。寒顫時似瘧。初覺冷而齒震。惟外皮則熱而乾。體溫度速升。過此時則漸覺熯。面紅。皮出汗。熱度不升。最後則熱度速降。汗湧出而人疲倦。至其血內白脒增多之故。上章已詳。

膿及其質。　膿之濃如牛乳。其比重為一千零三十。性鹼。無嗅。以百分計。有水八十五至九十分。倘沉澱。則分為二層。上層清而無色。下層稠而色灰黃。上層之清者。係血管滲出之血漿也。若取出。有時凝結成團。然多不能凝結。因在痹內時已結。而其血絲已為毒素酶所化或白脒所滅矣。膿液似血清。但較淡。含穉毒素、酶、酶化腥等。有時若痹生在有脂膶之處。則或含脂粒少許。　下層之稠者。以顯微鏡察之。多係多核白脒。此白脒大半已死而變壞。另有連膶碎及穉。亦間有紅脒。膿若雜有血則色紅。有似豆腐塊則多屬瘰症。有多泗則多由泗膜發炎而生。有時膿內有氣。則多因與腸或胃相涉所致。至於不相涉而膿內亦有氣者。乃生氣之桿穉所致。而兼有急延連膶炎或疖患。所謂氣性疖症。Gas gangrene　法國戰場多見之。又胴桿穉、惡痃桿穉亦能生氣。

急性痹治法　當初起未成膿之時。若將患處墊高免其移動。用易飛散之藥液 Evaporating lotion 敷之。或卑耳氏法。內服貴林鐵劑。如此則或可免成膿。　膿已成而身體自能溶者。只在甚能吸液之處有之。如眼前房及腹膜是也。　急性痹之治法。用熱袱敷之。催膿早成。而以早割放為佳。割放時。宜尋一部位。令膿易流出。且遠離汚處為妥。(如肛門是) 凡割口之部位或橫或直。須於體動時不致牽

動合閉者爲宜。倘膿聚於深處或險處。(如頸筋膜部)宜照希勒吞醫士 Hilton 之法割開皮及淺連膶。後用槽引針揷入瘡穴。隨將鑷子順槽而入。令鑷子撑開。則易置引流管。使膿流出。此割深險膿瘡之巧法也。凡瘡雖有稜。然開割時仍宜小心用除稜法。如稍不愼。則他稜又入。收口轉難矣。若遇有膶隔或膶條於瘡中。不可大意觸斷。盖或有血管在內也。又須捫瘡壁。以定有膿延他處否。

割瘡之法有七處　(一)腋倘腋生瘡。宜在腋之正中處。由上割下。如用希勒吞醫士之法。則可免傷各動脉。如腋上之腋脈、腋前之胸長脈、腋後之髆前脈等。　(二)股淋巴腺炎瘡宜命病人在壁前直立。或在檯面睡下。由下直割向上。如此則當行動時。不致割口合閉而難流膿。　(三)乳腺瘡宜由乳頭處割。其割口循乳管之路。如膿過多。則以一指入內。至膿穴。令膿流出。　(四)乳腺後瘡其割口宜在乳腺下之外廉處。不可傷及乳腺。　(五)喉後壁瘡當由顳凸割起。循骶髃顳肌之後廉。另以鈎將頸脈鞘及骶髃顳肌扯向前。再用槽引針入至頸脊骨橫峯前面。同時以左食指由口內瘡之腫處。推令向後。使槽引針由外易入。　(六)骶肛瘡宜令其人俯伏椅上。肛門向醫士。如施迷蒙葯。則令仰臥。如治胱石症然。其割口。須由上至下直割。以遠離肛門爲妙。　(七)手掌瘡切宜小心。免傷掌淺弓動脉。故割口須在掌骨之前。不可在兩掌骨之間。其割法。又須由上往下割向指處方妥。

凡割瘡後。宜以手輕壓之。令膿與死肉塊易出。如瘡穴大者。須以指伸入查之。且捫其壁。以察倘有膿延於別處否。後用引流管或用紗揷入。再包裹完密。免稜從外入。或用紗蘸挨多方 Iodoform 10% 和油一百份。灌滿瘡穴內。亦可。如割後倘有血流者。此因血管在瘡穴內不爲膿所壓。血遂在動脉內力闖而動脉裂破故也。

若膿瘴既割之後。仍有膿流出不止者。其故有三。(一)或側邊有膿。未曾放出。(二)或有別穢入內。(三)身體軟弱。如因第一第二之故者。須留心看其瘴穴。倘一處尚有膿存積。則宜割放。或用探針開一相對割口。依上法治之。均可速痊。但身體虛弱者。須至海邊吸新鮮空氣。方能療愈。

慢性瘴 CHRONIC ABSCESS

此乃一瘴。緩緩成膿。並無急性炎之徵。大多數由瘰而起。其餘則或由肉芽腡團結敗變為液。或由不甚毒之膿穢所染。或由慢性串瘴症而成。此二類之臨症現狀相似。當另詳述。但其中有一極重要之區別。蓋由膿穢起者。其壁僅係肉芽腡。而由瘰穢起者。則有活穢質含在壁中。

慢性瘴治法。由瘰起者須刮去瘴腡與壁膜。非由瘰起者。則僅放膿可矣。

瘺 Sinus and Fistula 或曰瘻。凡瘴割開一口。不生合而瘴穴通至皮面。常有膿或他液流出者。曰瘺或瘺管。Sinus 間有膿由別處透入空臟腑者。其通孔亦名為瘺。Fistula

瘺不收口之故。(一)瘴內或傷口內倘有物如布碎、繫血管線及腐骨等。皆能令瘺不收口。(二)因所出之膿。變為汚穢。或因與胱肛相通。其膿或糞或尿等物則激惹瘺孔致不收口。(三)因膿不易出。(四)因患處時常移動。(如患在四肢及肛等處)(五)因瘰患之累。(如瘰質在內)(六)因有薄膚一層。遮蓋其口。使膿不能出。(七)因體弱無力。

有時瘺口縮合。此非眞愈。蓋因瘺口兩旁之連胭腫高。故似乎生合耳。又瘺內有外物或腐骨等。則肉芽胭外凸甚高。

治法。 以除去病原爲第一要義。如割開瘺口直至瘴穴底。或取出異物。或使膿易出是也。有時需割對口。以卡波利酸或鉦氯鹽清潔瘴口及穴。隨以紗塡滿穴內。用布帶包裹。免其移動。又須調理身體。至妙係將膿路全割開。用刮匙刮淨及紗塡瘴穴。如此則可望肉芽胭從穴底生而癒。

流膿之結局

無論急性或慢性瘴。當放膿時。用防穢法。使無他穢入內。則不久膿止不生。倘仍不收口而流出者。乃漿液非膿矣。惟身體仍或安然無事。設其膿變壞或穢入瘴內。則膿不能止而累及身體者有二。(一)潮熱。(二)臟腑變壞似蠟。

潮熱 Hectic fever　此係穢毒素漸漸入血所致之慢性血中毒。常見者。爲骨或關節慢性膿症。又或慢性肺癆症或慢性瘰或惡瘤等瘍。其病狀係每晚發熱。兩顴現紅色。眼發光。瞳顯大。病者謂稍覺輕快。察其脈搏。即知其壓力微弱。較常人快十至或二十至。舌邊與舌尖色紅。至半夜時。溫度較常人高四五度。漸則復低於常。至晨則汗甚多。體極倦。凡諸病狀。每日皆如此。且因發熱多汗之故。即漸疲困。至於弱極而消瘦。(第十圖)

第十圖

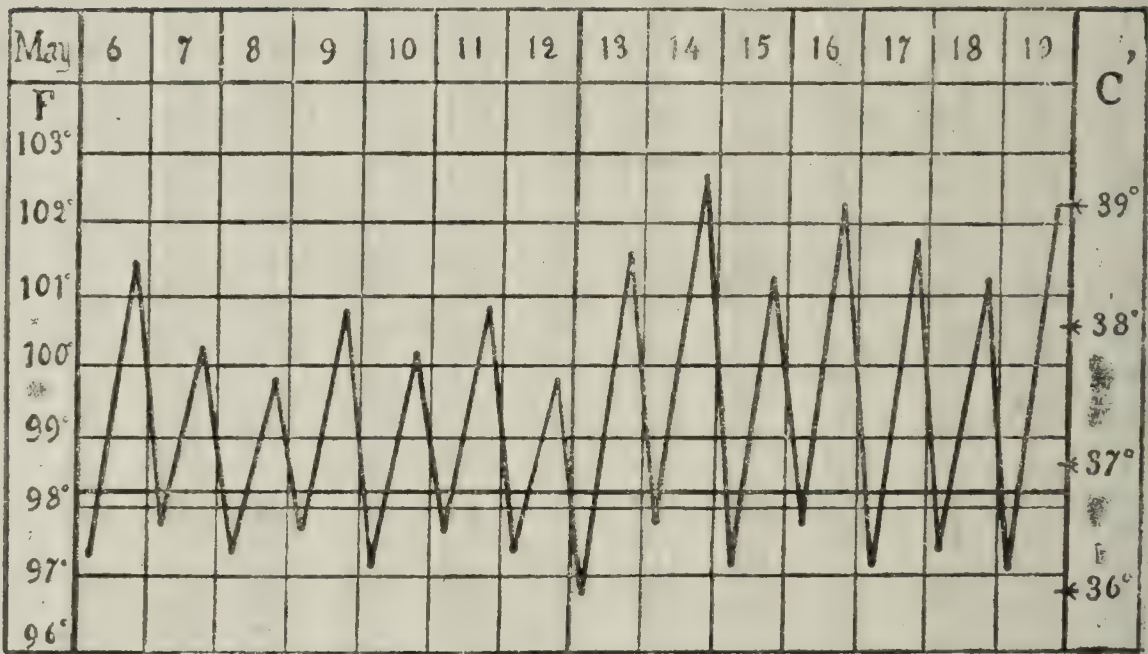
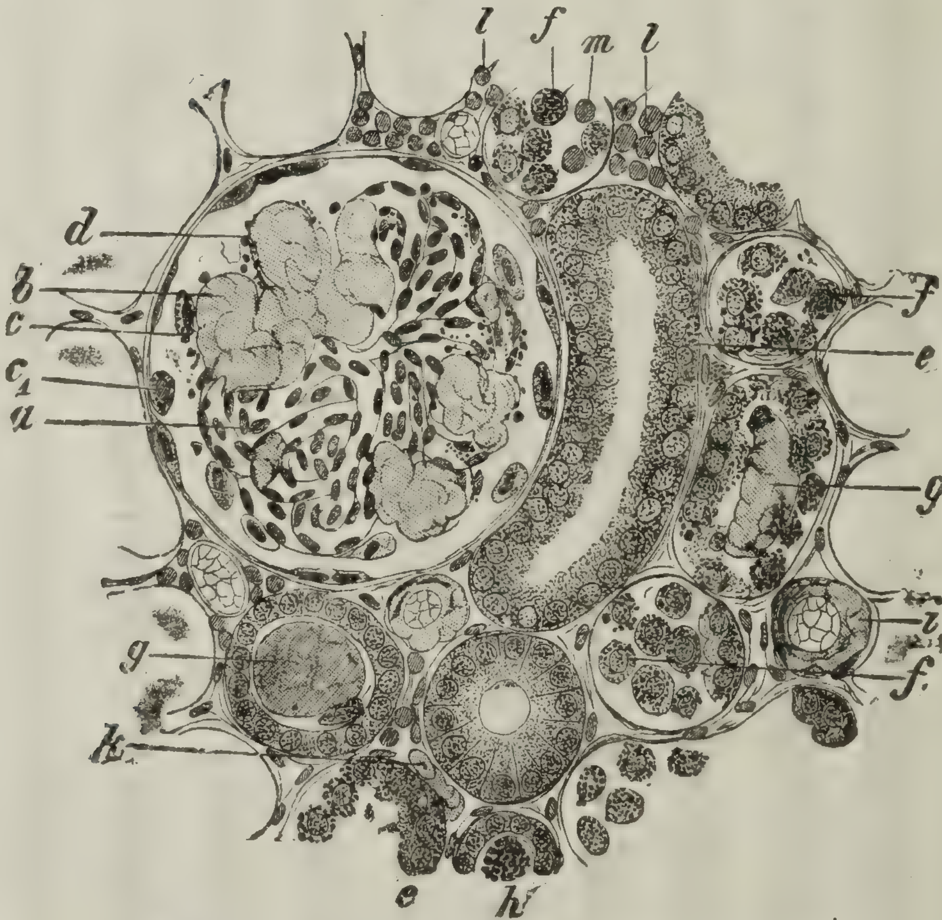


Fig. 10 TEMPERATORE CHART OF HECTIC FEVER

潮熱之温度表

第十一圖



a 無病之毛管
b 變似蠟之毛管
c 腎球膚脒變脂
c_1 腎球衣膚變脂

d 毛管壁油粒
e 腎膚變脂
f 腎膚變脂脫離
g 腎管蠟模
h 脂模橫截

i 變似蠟動脈
k 變似蠟毛管
l 白脒侵入連網
m 白脒侵入腎尿管內

Fig. 11 AMYLOID KIDNEY IN EARLY STAGE
(Treated with Müller's fluid and perosmic acid. × 300.) *a*, Normal capillary loop; *b*, amyloid capillary loop; *c*, fatty epithelium of glomerulus; c_1, fatty epithelium of capsule; *d*, oil-drops on the capillary wall; *e*, fatty epithelial cells *in situ*; *f*, loosened fatty epithelial cells; *g*, hyaline coagula (forming casts); *h*, fatty cast in section; *i*, amyloid artery; *k*, amyloid capillary; *l*, infiltration of connective tissue with leucocytes; *m*, round cells (leucocytes) within a uriniferous tubule.

腎變壞似蠟之初期

變壞似蠟 Amyloid or waxy disease 此種臟腑壞變多在肝、脾、腎、腸唻莿等處。肝較平常大甚而堅。或大至由第五肋骨及於臍處。最先變者乃毛管與小動脉之中衣。漸則正網壞。肝不能生胆汁。而阻碍消化功用。以致不能消化脂質。 腎之變大亦然。初亦由毛管起。久則累及腎管膚脒。初起時尿多而甚清。與水相似。迨管受累重。則尿少而比重加大。內含多胎。 脾之大亦然。惟不致如肝之大耳。多受累者爲脾球。 腸唻莿變壞似蠟。致失功用而血之液質滲入腸。遂漸患瀉。腸之唻育質功用減少。因此兩故。病者乃衰弱。 倘早將患膿處除去。則臟腑縱先有變壞。亦可漸癒。但腎壞者則宜愼用防穢葯。如卡波利酸。恐被唻入血致腎發炎也。 常流膿之故。不獨因癉。亦有由他患而起者。如膿性牙窩炎 Pyorrhoea alveolaris 最常見。此患之狀係繞牙根有膿囊牙穢而壞。且有牙沙貼著。舌生苔。口有惡臭。因人常咽下口內之穢及毒素。又加患處之毒素唻入血內。遂有顯狀如下。(一)胃及腸泗膜因常唻膿穢及其毒素而被害。故胃汁之天然敵穢功。則失或減少。且生慢性胃炎或胃瘍或幽門瘍。又闌尾炎有時亦係壞牙及口毒所致。故未施割舌剖胃取頷骨等手術前。宜使口內極潔淨。免染膿性口病之後患。(二)嗓及氣管等亦能被膿性口症所累。致氣管炎。而常吐泗膿痰。若此人受蒙藥時。則易致由吸而來之肺炎。名吸引性肺炎 Aspiration pneumonia (三)膿性口症亦能致繼發性血虧狀。血紅脒之數。只有三兆。紅脭僅百分之六七十。白脒亦畧加增。有時血虧狀甚重。或與惡性血虧之狀同。淋巴性血虧症。亦常顯口瘍狀。(四)又多顯他狀。如困倦、頭痛、生癬、

腦經炎等狀。間或溫度甚高。與瘢類相似。若使口潔淨。則熱度即減而癒。尙有骨炎、關節炎及慢性骨關節共炎。亦皆因久嗽毒素而起。

絨網炎 CELLULITIS

此乃皮下或他處之絨網由炎而生膿。由膿而變腐肉或致疔。皆以膿穉爲禍階。

病原　係割症後或皮破傷後。有穉入內所致。如有濶大傷口。膿流出不易。或尿含糖胎等。則更易致此。有時穉在子宮內。業已作禍。更因該處網疏之故。極易成盆網炎。即腋部亦如此。

病原穉　最多者即膿性鍊點穉也。病重者、則爲惡性痳桿穉。Bacillus oedematus maligni 詳論於後。

病狀　欲判其輕重。須看炎之所在及穉之毒力若何。今試將輕重適中者論其來歷。譬有人其皮受傷後有穉侵入。初不甚覺。兩三日俱無事。此即染症隱期。蓋穉在內孳生。預備作禍也。未幾該處微覺紅痛。身體不安適。但仍能執業如常。迨痛漸增。隨顯溫度稍高。或有寒顫。有時溫度或較低於常人。此屬穉毒力極大之據。繼則更痛、熱、紅腫。若炎在淺處。則患處紅而硬。設於此時割放。雖後有膿生。亦無變疔之弊。且易獲癒。如其不然。則愈久愈甚。皮下之網速壞。且多痛而難睡。患譫語。又因血中穉毒素。故人甚受累。日久則生膿。惟成膿甚緩。有時患處久硬。致不易知有膿否。如患在頸處。則頸硬久而不軟。　受患之網極易死。故有時皮雖無事。而皮下之網則全爛者。或有穉或其毒

素上行。如患在臂。其中間或反無事而腋處竟爛者。或有爲熗彈所傷。令傷口甚深。致穉累及深處者。若累及肌腱。則肌腱變壞而死矣。

治法　此症之穉。大抵不甚有力。如能速施防穉法。則可免大害。倘有小傷口。如皮微受擦傷。宜早殺除傷口之穉及包裹以免穉入。已發炎者。可用硼强酸熱袱敷之。兼調理身體。通利大便。炎巳蔓延者。宜在硬膶處割放液。如有腐肉。則宜輕手刮去。以黃氯紗包裹甚妥。即可免多生腐肉。並須補養身體。　又法。在割放後。多用温鹽水浸患處。俾穉毒素減淡亦可。亦有用敵鍊穉血清療治者。其血清乃由馬血製成。能殺此穉。約用十至二十立方百分米。(10 to 20 cc) 每日二次或三次。射入背或腹之皮下。然其效難測定。因穉毒之力各有不同也。

各處之絨膶炎　CELLULITIS OF SPECIAL LOCALITIES

腋絨膶炎　此症每起於手割症醫士及護病者。更易患之。腋膶腫硬。痛甚。最易累胸肌及肩節。致肩節炎。宜早割之。割時須防腋腦經及動脉。

乳線後絨膶炎　或由乳腺深處起。或由肋及肋骨朋起。乳腺後之膶既腫且硬。致乳腺凸向前。其割法與割乳腺瘴法同。

顱皮絨膶炎　由傷口而起。穿過傾額筋膜。其膿或在眼上廉或在傾上廉。不能穿往別處。其人累極。且顱骨甚易死而累及腦衣。故極緊要。宜早割開放膿爲妙。

眶絨膶炎　由傷口累及者多。因穉易入眶傷也。眼膶腫而眼球凸。且穉易從視腦經孔累腦衣。有時眶亦死。更累及眼球。

則視腦經由淋巴管受染而炎。遂累及全眼球矣。倘有此症。須將傷口開濶。令其潔淨。用紗插入。助液汁易出。如全眼球壞。則成膿性眼球炎。宜照十字形割之。勝於將全眼球除去。

頸絨膶炎　乃最痛之重症。多由喉門有病而起。多伴腭扁桃(喉門棚)炎症或喉痧症或紅疹症而起。因其膶有稚。故久後則生膿。半頸皆紅腫而硬。恐過數日。醫士方能查其有膿。身體累甚。患處極痛。使人不能安眠。吞咽難。食物不易進。有時腫處壓血管或腦經或累及嗓口痳腫。致呼吸難而喘。或成稚串瘴。日久則頸絨連膶爛者甚多。

治法　須先治喉。再調理全身。可服激葯與貴林。或用敵稚血清。又患處宜敷熱袱。倘腫壓太甚。則宜早割開。須割至深膜之下。割時須留意。以免危險。　頸膶炎類。倘有一種曰頷下膿炎 Ludwig's angina 其起病之原。或因口、淋巴腺、中耳等病也。此症極重。起數點鐘後。口底硬而腫。致舌凸。頷下腫而紅。嗓口亦痳腫。多屬不治之症。自起至終。三日即斃。治法。初起時。以防稚葯水漱口。(如四千分一之錸綠强鹽水等類)外用熱硼强酸紗敷之。並早射入敵錬點稚血清大劑。早割開(與治頸症相同)放膿。凡割此症。若非不得已則不宜從口內開割。

盆絨膶炎　此因稚從卵腺、卵管、胱底腺、胱、肛等處而染者。一切發炎之病狀皆顯。腹膜亦發炎。當查症時。若以指入陰道或肛。可摸得一團。有時在骶骨上亦可摸得。間有生膿者。其膿或從外皮而出。或穿入胱或肛等處。如外皮與胱肛皆穿。則成痛而難生合矣。　治法。當初起未成膿時。宜令病人安睡。減飲食。內服鴉片酒。外用熱袱敷之。陰道與肛。皆以防稚葯水射入。倘膿已成。則須割放。宜在髂骶筋帶上近骶峯處割開腹肌。並將横筋膜及腹膜移於側。細尋子宮廣筋帶。看有膿否。如子宮廣筋帶及別處有膿。切勿以尖利之物割放。宜用指或鈍物開放爲要。既放之後。將膿穴洗淨。有時宜審其可用庫秋引流管否。亦有人謂宜在陰道處開一相對割口。令膿易出云。

傷口受染　傷口膿性傳染　WOUND INFECTION

凡一傷口。無論係偶然破傷或醫士割開之穴。苟彼穉染。則其天然之收口功用停止。而發膿性炎以敵穉矣。此病先曰腐症。Sepsis 但此名不宜用。其穉多爲球點穉。症重者或有鍊點穉。亦有時兼有腐穉。Saprophytic bacteria 則成雜染。割症後起者。係因病人之皾。或器具。或縫線。或醫士及護病者之手。未潔淨所致。傷口紅腫而大。病人覺痛處如跳。溫度升。或覺寒顫。不久則生膿。

治法　使傷口不張緊而膿易出。若經線縫者。則將線剪開。令膿易流。外用鹽水或淡防穉葯水之熱袱。亦用熱水和防穉葯洗潔患處。不宜用强力藥。因穉已入腑內。恐腑與白脒及穉同被殺也。亦不宜用擠或刮等法以去膿或爛肉。恐使散佈。死肉必須任其自脫離。再以紗輕塞傷口內包裹。用引流管更勝於用紗條。又一法。受患之肢每日浸於淡防穉葯水二三點鐘。然後包裹通利大便。兼調養身體爲要。　全身病狀因所中毒素輕重不一。當分三等而論。

(一)穉毒力輕。既入身內日久始發潮熱。Hectic fever 前已論及。

(二)**急性血中毒症** Acute toxemia 或膿性熱症 Septic fever 穉毒素已重。蓋當割症或打傷或全身湯傷火傷後。用穢物敷傷口。致溫度升至一百零二三。即穉毒素入身矣。過數日無毒再入。則溫度即降。此乃輕重適中者。

病狀 傷口染穢後二三日。乃成症。極寒顫。温度高。倘温度低於常而脉搏仍速。則係惡兆。不思食。舌乾。脉快而弱。頭痛。夜有譫語。初時。大便結。後則嘔而瀉。因毒惹腸也。瀉多。則腦力脫失。或昏遂不醒而死。此因穢毒累及消化系統或腦系統所致。然病狀雖重。苟得法除去穢毒。則病狀驟消。

死後剖屍察驗 屍速腐敗。顯青白色。即血內紅胅爲穢毒素所壞也。胸膜內有血色液。一切潤膜皆顯瘀。肝脾腎變大而積血。且其胅變壞而濁。

治法 宜治理患處。兼理大便。補養身體。如病狀重。則用規定鹽水灌入肛或靜脈。以滅毒力。

(三)急性中腐敗毒 Acute sapremia 如產後子宮內有胞之一小塊未出。漸至腐壞。後有敗肉及腐敗血塊。致毒入身內。遂成此病。

血染膿穢症 SEPTICEMIA

此係全身急染病。血內有穢。若欲得確據。可將病人之血。置於培育穢質。苟含膿穢。即此症無疑矣。血中膿穢毒症。乃血內獨有穢毒素而無患處之穢。血染膿穢症則血內有穢。惟或不多耳。

病原穢 血內之穢。百之五十屬膿性鍊點穢。產後及瘍性心內衣炎有此穢。至於肺炎點穢之一種。則不獨肺炎有之。即非肺炎亦可有。膿性球點穢亦常見。然其害較肺炎穢及鍊點穢輕。

病原 或由小傷口或割症時器具不潔。致膿穢入體。有時絨胭炎及口頰疔亦可致此。患者多

屬軟弱及酒色過度者。蓋胴失抵稄力也。

病狀　寒顫。溫度升至一百零四五。不思食。舌棕色而乾。脉快而微弱。全身皮色黃。腹瀉。尿含朊或血。皮下顯小瘀斑。譫語。眼倦。昏迷不醒。或由此而死。患者大半始起時血白脒加多。若患極重及臨終時則不然。　死後剖驗其屍。其狀與中膿稄毒無異。惟以顯微鏡察血及臟腑。則內皆有稄。

第十二圖

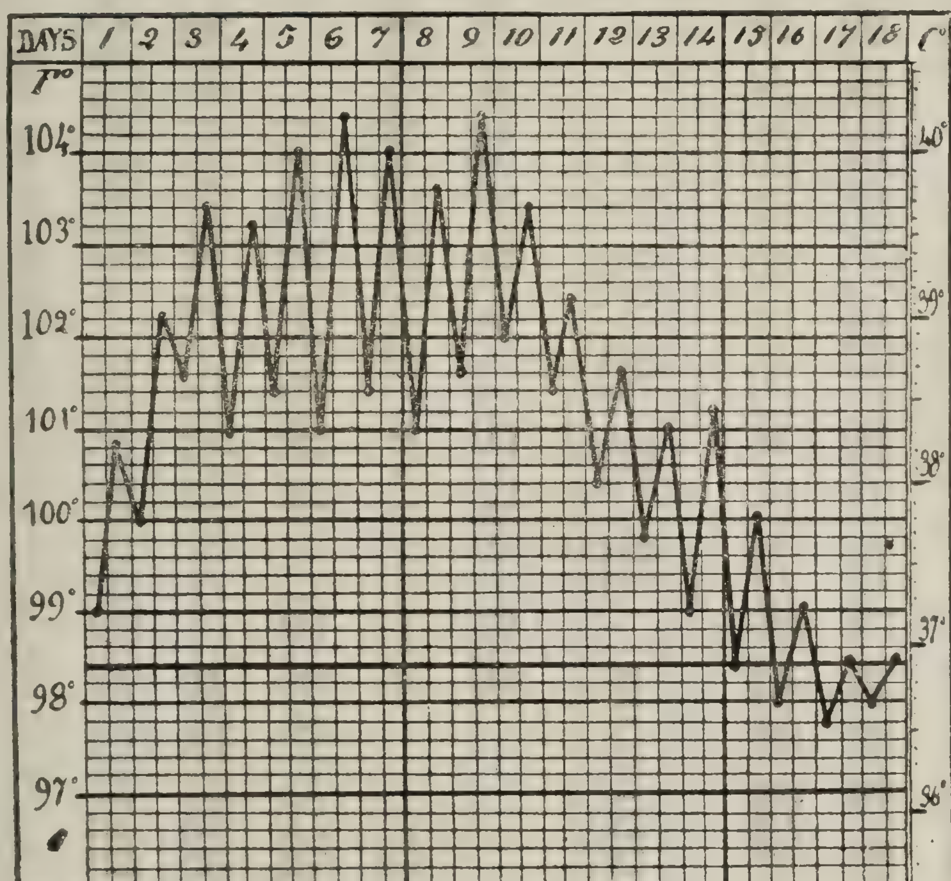


Fig. 12　TEMPERATURE CHART OF CASE OF PUERPERAL SEPTICEMIA.

產後血染膿稄之溫度表

診斷　急性熱症初起時。與此病相似。須細考其來歷。看有急性熱症流行否。方能辨別。倘係中膿稄毒。則必有一患處爲膿之源頭將病原除去。病即速痊。且此症與稄串瘽異。此症不生子瘽而稄串瘽常有寒顫數次。此症止一次。

判症結局　此症至重。若以平常法治之。甚不見效。惟用新法。倘有可望。此爲敵稄血清療法。甚冀療症血清學。後更進步耳。

治法　必將源頭除盡或鋸去一肢或割濶傷口。然此法未必甚效因稄已入血也。如病源是鍊

點稜。以療症血淸治之可獲效。又一法。從靜脈灌入規定鹽水。每日二三次。蓋使病人瀉。小便頻出。使毒冲淡。逐漸洩出而瘉耳。

慢性血染膿稜症 Chronic septicenia 此症或纏綿數禮拜或數月。常係前有之單處炎患未完全復原所致。熱狀似潮熱。每至夜則加增三四度。兼睡時大汗(盜汗)血內時或有稜可以驗得。致病之原大約係單處膿患之稜唻入血流。例如肝瘴、膽囊膿患、闌尾膿患及牙窩膿炎等皆是也。此外更有因染性心內衣炎而起者。病人之精力及康健逐漸喪失。若不將致病之原區尋著施治。每每致命。對於此等孱弱之病人。外科療術雖或危險。然欲除其禍原。似乎非此不可。此外則伐克辛療法及一般滋補身體使血及膶之抵瘵力進步之法。亦必兼用。

第十三圖



Fig. 13 DISINTEGRATING CLOT LYING IN A VEIN IN A CASE OF PYEMIA. The apex of the clot projects into a larger trunk, in which circulating blood is present, and from it infected emboli would be detached.

血塊凸入大靜脉而由其尖有漂團脫離

稜串瘴 PYEMIA

患此症者間時發熱及寒顫。與瘧相似。身數處生多數性瘴。此則因身內之一處有膿病(母瘴)之

故。其母瘴質能散往各血管而塞之。致四處生子瘴。（第十一圖）穠之最常見者爲鍊點穠。又球點穠、肺炎點穠、白濁點穠、癡桿穠等亦皆能致穠串瘴之患。

病原　凡能使染性漂團在血運內生成及脫去之情況。皆可認爲穠串瘴之病原。此等情況。每顯於靜脉內。由血塊碎裂而起。名染性靜脈炎。Infective phlebitis 間有在心內發顯者。則名染性心內衣炎。Infective endocarditis 骨之急染性鬆網炎常兼穠串瘴。蓋因靜脉多而其管壁薄且因周圍之骨網堅硬不弛。而致血壓常大故也。

凡一染性漂團止於身之一處。即致血管內結血塊。由此而穠類孳生甚速。穿管壁而入圍網。爲致炎之原。後則大概成膿。肺內多有此等染區。大都沿肺後廉之近面各處分佈。每一染界。限於三角形之網區內。其底向外。初則因有血滲出而色紅。（名動脈塞之血瘀或流血性印法 Hemorrhagic infarct） 繼則因膿成而變爲灰黃色。此等瘴甚小。故罕能引發體狀。如上所述之集膿處。無論先有血瘀或否。身之各處皆能有之。而肺則爲濾器。而隔由大血運靜脉來之漂團。當然先各器官而受患。次則因肺內之瘴而致動脉系統受染。於是肝、脾、腎、腦以及關節內或其周圍等處。皆有新生之膿區矣。若致病之靜脉炎起於滙靜脉處。則其漂團先止於肝內。而成膿性滙靜脉炎。Pylephlebitis 倘漂團之數甚多。則所顯之病狀重。而成急性穠串瘴。Acute pyemia 此則有時兼血內生穠。而成血染穠性串瘴症。Pyo-septicemia 病者或在子瘴長成之前即殀。至於他類穠串瘴症。則其全身病狀

實原於哧各膿區之毒素。非因血內生稃也。倘漂團之數少。而血內不生稃。即有之亦極少。則名慢性稃串瘅症。Chronic pyemia

病狀 急性者。温度升高。寒顫每間一日或二日又顫。與瘧相似。(第十四圖) 此等寒顫非與他症者異。惟顫勢極重。且顫後常出大汗。當寒顫間歇之時。温度或降至常度。然不降者多。皮甚熱。繼則色黃。兼顯瘀斑。而其最殊特之一狀。係口中氣味作甜濁如乾野草之臭。繼則精力耗竭。而病人速消瘦。脉軟而弱。夜有譫語。然不昏迷。如有染性心內衣炎。聽診心前處則或顯鳴。舌常紅。其蓟凸。後則乾而色棕。越五六日其子瘅顯出。其生或甚速。有時病人患處不覺痛。假如膝處夜生瘅。縱使全關節發膿。而病人或尚未知。此瘅異於他瘅。他瘅放膿後生肉芽胭則瘉。惟此瘅放膿後不生肉芽胭。難於收口。有時皮下胭或有數處甚痛。皮色發紅。此必係血管被染性漂團所塞。而因病人壯健。其團漸散。故未生膿。

第十四圖

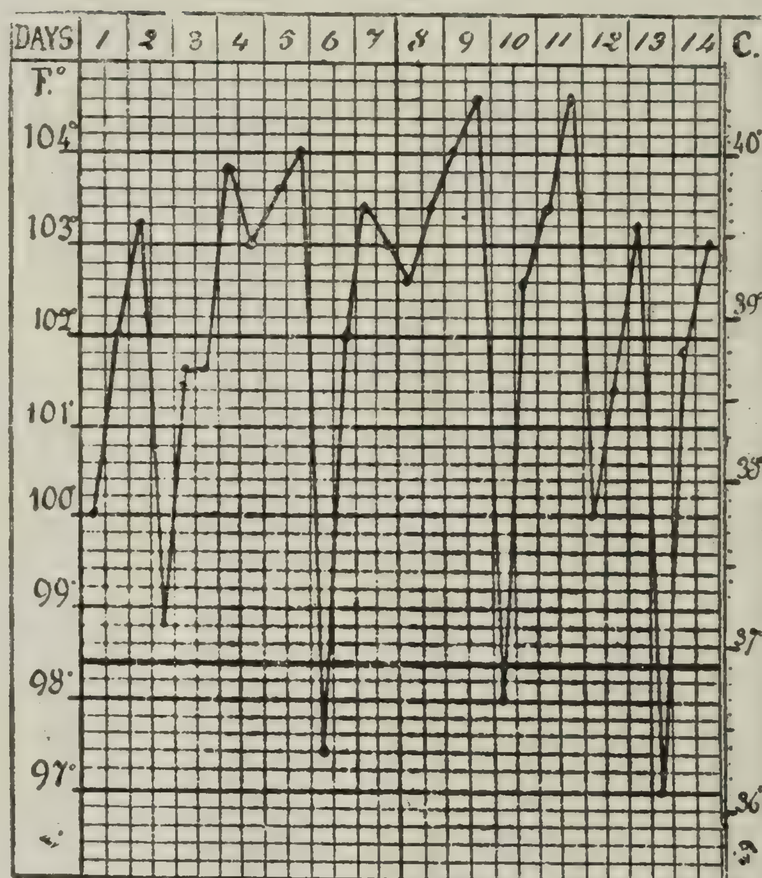


Fig. 14 PORTION OF TEMPERATURE CHART OF A CASE OF PYEMIA

稃串瘅温度表

慢性者。發熱與寒顫之狀較輕。瘴亦少。或延至數月之久。亦可獲痊。惟急性者。多僅一星期即斃。若症原係身外面之傷口。其狀惡。傷口裂開。肉芽面乾而光。膶易爛。若症由骨而起。則傷口之底之骨無衣。而骨管被膿充盈。

死後剖屍察驗　患處之靜脈有炎狀。靜脈內有血團碎散。肺內多有此瘴。即心、肝、脾、腎等亦有之。膿內亦有點穉羣。

診斷　倘外有傷口。則易知是此症。如瘴在臟腑內非顯露者。初則難知。易誤爲瘧或如馬特熱症。

結局　急性症極重。慢性症頗有望。若其瘴不累及緊要之臟腑。則可愈。

治法　調理不易。因起病時。膿穉及穢物已入血矣。宜阻患處之染性團碎入血。有時或須割去一肢或否。若患在骨。則將其骨刮去。後點卡波利酸。若患不在骨而在膶。須尋著其靜脈管割去。又在瘴上用線繫之。使團碎不能上入血管。若中耳炎。則能致頰旁血埂發炎而結血塊。治之之法。須繫頸內靜脈。並割開頰旁血埂。將血塊及穢物刮去。此即治病原之法也。屢試屢驗。無論患在連膶或關節等處。若生瘴即須割放。再以防穉葯治理。身體亦須調治。飲食宜精美。及用敵鍊穉血清。

第六章　潰爛　ULCERATION

潰爛(成瘍)即淺腡漸漸分解變液。常無明顯之死肉片。故與痟有別。蓋痟係腡之一片失活功而死也。然此二者甚相接近。以實際論。皆腡殗也。不過瘍之死質點。不易以目力察見。而痟之死片則明而易耳。

瘍或曰**潰瘍** Ulcer　瘍爲顯明之破傷或瘡。易久存不癒。或因染膿穢故也。雖身之週面。均可患之。然所累及者。多在下肢。洄膜亦能受其害。瘍之發生。有同時由此傳彼而生多數小瘍者。有時單生一個甚大。瘍之分類甚難斷定。因其形狀蕪雜。故僅分三大類論之如下。

(一)因損傷或非特種膿穢起者。如延性瘍、慢性瘍、漸癒瘍等。

(二)因特種穢而起者。如癀、瘰、癯、獸疔等瘍。

(三)惡瘍。如蝕瘍、鱗脎疽、硬疽及菌形瘍等。

凡激惹皮面之物。無論爲化學或湯熱或穢或器械。皆能令該處潰爛。而凡致炎之原。皆足促其成瘍。倘患處養育欠缺。或因虧血。或久盈血。更易致此。至於下肢受累之故。則因血管有病而下肢虧血。或因下肢之靜脉痕曲而致虛性盈血也。身體虛弱。如因伯來特氏 Bright's disease 或糖尿等症。亦係易致成瘍之一原。再者若一處痲木。或與養育腦司所隔斷。此處因無感覺。更易受激惹之傷。

例如第五腦經割斷。則人患瞭瘍。患脊腦後柱變硬症。則人脚根患穿瘍是也。惡瘤凸向前。則其凸處易受搓磨。然其要因。則係惡瘤脒佔據皮之深層。以致皮膚淺層脫落而潰爛也。

(一)因損傷或非特種膿稚而起之瘍

ULCERS DUE TO TRAUMATISM OR TO NON-SPECIFIC PYOGENIC BACTERIA

此類瘍。或遲或速。均可痊癒。其歷時可分為三級期。(一)潰爛期。(二)潰爛止。預備收口。瘍底生肉芽。(三)漸癒期。

此中惟第一級期。係正在潰爛之際。此期一過。則其淺膶之患狀若非纏綿不愈。似乎不合稱為瘍。其實則每一瘍皆須經過此三級期。故所謂瘍者。必包在此三期內之一期。而所謂期者。不過分此瘍症之期為數段耳。且若瘍大。則此三級期或互相混合。況又有將欲成瘢。旋復潰爛。是則由第三期復返第一期矣。

第一期　潰爛期 Ulceration proper　此期之狀。係膶爛大。其進行之遲速不定。故稱謂炎瘍或延瘍或死肉瘍等。

目視之　瘍面有一層穢物。其色或灰或黃。此係疮肉與淋巴及膶敗壞而成。肉芽尚未發現。若稚毒力大或膶弱。潰爛更易。所流之液頗清。微有血色。且有臭。罕有成膿者。瘍廉厚而炎。週圍之膶。

盈血而腫。瘍邊尖而直至底。其底與下未爛之腡粘連。總而言之。此期所顯者。乃急延性淺炎致腡敗變之狀也。

治法　病原或外物及稑等悉行除盡。用防稑法及保護患處。若在腿則勿使垂下。又用濕熱防稑紗如硼强酸紗等敷之。倘有惡臭。先用胡麻子與炭之餬劑敷瘍面。然後以防稑水洗淨。

第二期　過渡期 Transition period　目觀之。潰爛已止。預備收口。瘍底生肉芽。瘍面已潔淨。無死腡。僅有薄膜一層。通明如玻璃。所流之液。漸少而淸。其色淡紅。瘍底漸薄。瘍邊之炎漸輕。腫亦漸消。未幾有紅點出顯此爲肉芽日漸生多。以顯微鏡窺之。其薄膜一層係淋巴脒連腡脒及血絲合成。所有閉塞之血管漸開。血漸通行。另有新血管在肉芽內生長。　然亦有日久難收口者。故一切慢性瘍。如頑瘍、痛瘍、曲靜脉瘍等。皆屬此第二期。玆列於下。

頑性瘍 Indolent ulcer　患此者。中年婦人居多。瘍之大小不定。最大者即圍繞下肢而潰爛者。瘍面光滑。色黃。成數粒肉芽。　瘍邊凸高豎直到底。圍瘍之皮盈血而厚。其色紫。所流之液係膿性或漿液性。若多則或惹患處成癲瘍。Eczematous ulcer　瘍底與下腡粘連。如瘍在骭前或在別骨前。骨衣或因之發炎。甚或骨質發炎成阜。Node　更甚則或成枯骨片。有時皮腦經受壓。所以瘍極痛。淋巴及靜脈之管有時發炎被塞。致全肢脨腫變大。

有時湯傷、火傷亦顯此類狀。久不收口。因所生之筋腡收縮。致壓血管。使瘍內肉芽無血滋養。

痛瘍 Irritable or painful ulcer　此瘍不同於他瘍者有二。(一)位近踝節。(二)極痛。他瘍摸之不覺痛。惟此摸之即痛。至夜更甚。昔有西名醫云。將探針輕輕蘸此瘍面。即遇有某點極痛之處。此因瘍面有數條腦經絲顯露故也。

靜脈瘻瘍 Varicose ulcer　若本人已有小腿痕曲。致皮盈血而養育欠缺。傷雖輕微。亦易潰爛。有時皮穿而血多流。後乃潰爛成瘍。此種瘍大半在小腿下內段。瘻瘍則相反。每在小腿外上段。

慢性瘍治法　瘍既久不收口。自難治理。倘瘍面污穢。用漿粉與炭或埃多方撒其上。隨用硼强酸紗熱敷患處。有時用鋅氯鹽四十英厘和水一英兩刷瘍面。如欲血減少。用帶由脚指裹至膝節。先在瘍面敷油綢或硼强酸膏。若靜脈大則用伸縮性帶裹紮。烏拏氏 Unna 之法。乃先以熱水肥皂。復以卡波利或錄氯强鹽水。將病人全肢洗潔淨。用數塊紗包裹全肢。用筆搽上膠葯一層。復照前裹紗。仍上膠葯一層。隨用白帶輕輕裹紮。候葯膠乾。倘瘍若多流液。須將紗剪開一口。使瘍顯露。則易於換葯。且換葯時。不致動及瘍外之紗。其換葯或二三日一次。或至一星期始換之。此葯膠名烏拏氏膠。製法如下。筋膠 Gelatin 五分。硼强酸一分。鋅養 Zinc. Oxid. 五分。甘油八分。水六分。和勻而成。臨用之時。須將載葯膠之磁罐。置熱水內鎔之。以便用筆蘸搽。亦有每百分膠葯中加魚石湍 Ichthyol 五分者。

倘瘍邊生硬筋膶。宜用曲剪剪去。並以刮匙刮淨瘍面。後用鋅氯鹽水刷之。如欲速成瘢。須用皮接

補法。若還不收口。則用刀割瘍邊至深層。能使瘍面易於收縮。若靜脈痕曲。則須先用法療癒否則瘍難瘳。

痛瘍治法　當施迷蒙葯。用刮匙刮淸腐肉。若查出最痛之處。用刀割其上膶。斷其顯露之腦經絲。則瘍痛止矣。

癩瘍治法 Eczematous ulcer 與別瘍不同。當先治皮之發炎。用淡鉛醋礬液 Liquor Plumbi Subacetas 一英兩。加二十滴鴉片酒。和勻濕紗敷貼。以便止痛。流液少時。另用煉煤澔液 Liquor Carbonis Detergens 一英兩。和淡鉛液二十英兩。照此敷貼。另有一種葯膏名魚石澔膏 Ung. Ichthyol. 係用抹膏葯每百分加魚石澔五分或十分。有用烏拏氏膠加魚石澔或樟腦酒濕紗及棉花敷貼者。

第三期　漸愈期 Healing stage　瘍口欲成瘢。肉芽已齊備。惟尚未有膚遮蓋。故未成瘢。此時瘍之形滑。瘍底已平。肉芽發紅。瘍面不痛。所流之液淸而少。近瘍之皮軟而不炎。瘍底與下膶不貼緊。瘍邊畧斜落至瘍面。留心細看。瘍之斜邊有色三層。內層紅色。有膚脒一層遮蓋。中層藍色。有膚脒數層遮蓋。外層白色。因膚脒多積之故。至於肉芽漸成瘢。瘍口收縮。有膚脒蓋瘍面。以後如何收口。詳載第十章。　瘍初生膚脒之時。若用潤皮葯過久。則反不能成瘢。且令肉芽凸高。色不甚紅。不因用潤皮葯過久。而若此者則因身體虛弱。阻礙收口之功。而成弱瘍矣。

治法　患處切要安逸。勿使下肢垂低。以敷料敷好。免外物激惹而致瘍口受損。並用油綢一塊

如瘍大。保護其肉芽。用無稚紗一層或硼酸膏葯一層加其上。如肉芽腫高。可用銀礬輕輕蘸在瘍面。使肉芽縮小。或用紅洗葯。Lotio Rubra 製此葯法。用錏硫强礬二英厘。拉芬大雜酒 Tinct. Lavandulae Co. 二十滴。迷迭酒 Tinct. Rosmarini 二十滴。硼强酸十英厘。蒸水一英兩。倘瘍面濶大則可用皮接補各法。

皮接補術或曰植皮術 Skin grafting　（一）先將別處皮洗極淨。用曲剪剪皮數小塊（皺及腠、即表皮及眞皮）約如半粒米之大。蓋在瘍面。又用油綢及紗蓋於該皮之面。切勿移動。數日後。輕手換葯一次。至剪膚多少。以瘍面之大小而定。

（二）替耳氏 Thiersch 法。表皮數大塊。照瘍面之大全行蓋掩者。其法先將瘍之舊肉芽刮清。洗去其血。止其流。割表皮（皺）條。其條越薄越佳。割時腠莿亦被削。故血流出。即將此條浸於此血中待用。按皮條須彼此相接連。且將瘍邊遮住。　皮條之邊最易向內翻。故須輕輕按之以使之平。既已按平。用無稚乾紗蓋之。有外科士喜用油紬蓋之。或用有孔錫紙蓋之。大約過數日換藥一次。割表皮條。在腿及臂外側爲最佳。取表皮條之處。其傷須用無稚乾紗。浸於匹克酸 Ac. Picric. 內而後蓋傷。即可速愈矣。　補處所存之瘢痕。縱柔軟而不變硬。亦不似他傷有收縮過度之虞。

（三）又有一法。將皮之深淺各層均割下一塊。此塊須畧大於所欲蓋之處。皮下之脂臢均除盡。瘍肉芽臢多者。須刮去一層。即將皮塊縫於該處。又割病之大傷。立用此法接補之亦佳。

(二) 因特種稚而起之瘍 ULCERS DUE TO SPECIFIC BACTERIA

凡因特種稚致之各瘍。後另詳論。此篇不過畧言大概。

疳瘍 Soft chancre (見該症篇) 此可爲染性瘍之標樣。因其表明瘴期、潰爛期、漸愈期也。

癨性瘍 (甲)癨初瘡(見該症篇)(乙)癨二期瘡。多見於洒膜或累及皮。(見該症篇)(丙)癨間期瘡。如尖痂瘡或癩瘡。(見該症篇)(丁)癨三期瘡。如潰爛之癨瘤(見該症篇)及潰蝕瘍多爲癨類。(見該症篇)

瘰性瘍 (甲)似路卜司瘍。多因瘰症累及皮面所致。(見該症篇)(乙)瘰瘍大約因皮下或洒膜下之瘰瘴潰爛所致(見該症篇)(丙)瘰癧及硬癜所成之潰爛。多爲瘰稚所致。

(三) 惡瘍 MALIGNANT ULCERS

此類瘍不因炎而起。乃因新生之胭(贅生物)佔皮之深層。故令皮潰爛。詳論於第九章。

第七章　疔及死肉病

GANGRENE

疔及死肉病之義。乃一處胴失生活之力而脫落。若單累身之軟胴。所脫落者。名爲死胴 Sloughing 塊。Slough or Sphacelus 然疔之意。多指一肢有死肉病。同時累及其軟胴及硬胴。

死狀　身之一處死。其初狀有五狀。(一)患處之脈搏絕。(二)患處冷凍。因無血到。(三)失感覺。(四)失功用。(五)照血多少而變色。血多色紫。血少色黃白。

若一肢失其滋養功。因總血管被勒或被漂團所塞。即能顯出此五狀。若久如此。其肢必死。若一處被靜脉血盈腫而動脈不跳。則甚難定此處已死否。若尚未死。以指壓之。其色必變。放之則復原。

死胴之變狀　此乃胴死時有腐及不腐之別。

GANGRENE

第十五圖



Fig. 15　SENILE DRY GANGRENE

老年乾疔

第十六圖



Fig. 16 SEPTIC MOIST GANGRENE OF LEG FROM PENETRATING WOUND OF FEMORAL ARTERY

疔濕敗腐之成所刺被脈動總股

如下文所載。

(一)**乾疔** Dry gangrene 腡未死時。其液已流出。則能成乾疔。其故多因動脈變壞或成銷礬。閉塞不通。致患處乾硬而縐。或變爲棕色或變爲黑色。其色因紅腜紅腥漸化而成。若肌肉多之處。如踝上叚。鮮成乾疔。且常炎甚。若有穉入則極臭惡。

(二)**濕疔** Moist gangrene 一處腡死時。其液若多。即成濕疔。多因靜脈被塞或因一肢受重傷。而大動脈被壓或壞破所致。故皮上之穉乘機而孳生甚多。若不用法抵之。穉必入死腡內。而成腐壞濕疔。然其腐壞因穉入而起。非因濕疔也。

不腐濕疔 Aseptic moist gangrene 腡死後漸變色。或紫或黑或黃或綠或白。若其患處不染穉。日久自然脫落。但患病者無發炎之虞。惟畧有血中毒之狀。因身吸死腡之質也。

腐壞濕疥　其死胴速壞。變黑黃色。有時或綠或黃。皺亦起皰。皰內有惡臭漿液及氣。患處之胴軟而易爛。以手揑之有似爆聲。

成疥後如何　蓋關乎有穉無穉及其疥塊大小而定。計分三種。(一)疥處小而無穉。漸自消化。譬如截去一肢。後皮片或有小死皮塊。不久此皮塊消去。如有小死骨塊。亦能照此消去。(二)疥處雖然無穉。惟疥大而不能消。近疥之好胴有肉芽。而成肉芽胴。後則此胴漸縮。使好胴死胴交界處顯明。後死胴脫落。此疥塊脫落時。患處不甚發炎。且週身亦不顯危狀。不似重毒進行之速而危險甚大。胴越實而硬。其消脫時間則越久。如一肢成疥。軟胴可早脫。而傷處就愈。然其骨因消脫之故。有由好胴凸出。(三)穉已入者。近死胴處之好胴。則顯出紅紋。稱爲初次界限。日久。穉與毒素又累近界之好胴。發炎而腫。至終成膿。此紋漸深。至八日或十日。若表皮未破。可見有極細黃白紋。將死胴與活胴界分。此時以針刺此紋。則有膿出。紋則成一槽形。在活胴與疥塊之間。此時在膿上之好胴。有一層肉芽生出。肉芽成一紅紋。是爲第二界限。由是依此逐漸蔓延。如無法止其炎。恐穉入淋巴及靜脉管。則有累及全肢者。

全體病狀 Constitutional symptoms　體胴將成疥。可分兩層而論、(一)有虛弱狀。如血虧。或一肢欠養育功用。或先有糖尿症或胎尿。或因平素好色。以致虧虛。(二)或身有死胴。致血中毒而人衰弱及潮熱。痛常極酷。致病者耗竭而死。

治法　此但言調理身體。食物以易消化者爲佳。並設法止痛。使之寧睡。如尿有粕或糖。亦須理治。患處治法。則詳論於後四類。

疽之類 VARIETIES OF GANGRENE

(一)病狀性疽　凡因血管及全身有病而致者。如漂團疽、老年疽、塞動脉疽、糖尿症疽、相對疽、麥角疽等是也。

(二)傷性疽　如起於受傷之處及因他處之傷而疽者是也。

(三)染性疽　如急延炎性疽、殨疽、死骨疽、口頰疽、癰等是也。

(四)凍熱性疽　如凍傷、燒傷、是也。

(一)病狀性疽 SYMPTOMATIC GANGRENE

可分六項而論。

(甲)漂團性疽 Embolic gangrene　漂團多由心門有炎粒而成。後因炎粒脫離。漂流閉塞動脉。倘病人因心症身體虛弱。更易成疽。該炎粒入動脉。而留在該動脉之分枝處。致血絲因之漸積。閉塞該動脉。又有因動脉內衣變爲鍇礬。致有少許脫離成漂團。多流至股總動脉或膕動脉或肱上深

動脉或肱動脉等岔處。阻血不行。漸將動脉閉塞。

病狀　早狀係漂團阻塞之岔處循動脉徑忽痛。塞處下之脉搏停止。而該肢之感覺與功用俱失。溫度降下。若血管壯。則靜脉血早停止。股下段盈血而腫。終必成濕疻。若孤獨動脉變壞。則一肢成慢性欠血。每成乾疻。若起於下肢。其患則漸上。至有動脉相通之處（如踝關節或膝關節等）而止。

第十七圖



Fig. 17　GANGRENE OF FOOT AFTER EMBOLIC OBSTRUCTION OF POPLITEAL ARTERY

因漂團塞膕動脉之足疻

治法　最要係免穉入。並將全肢洗潔。剪去趾甲指甲。其手脚之罅。亦須潔淨。用防穉紗綿花包裹。將該肢升高。爲復廻靜脉之血故也。如此可免成疻。但疻成。亦須設法使穉不入。待死胭活胭之交界顯。明人若老。邁而醫者欲用割術。必照治老年疻之法而施。年幼者。可以施割術。必於活胭上之紋處割之。割之遲早。則依患處及全身之情況而定。若穉未入。當待時而割。若炎延胭上。則截肢之處或須較尋常應截之處高。且須迅速施割術。不必待死胭及活胭之界紋明顯也。

(乙)老年⿸疒斤 Senile gangrene

因膶欠滋養。多起於脚趾。或手指。及鼻、耳、舌等處。

病原 (一)多係血管有病。錯礬性動脉壞變。血管則硬。於是則舒縮之功有欠。故不能司血運動。所以血少至。而該肢虧育。又或動脉內衣溢。而易起塞團。(二)病人心肌虛弱。所以難送血至硬小之動脉管。(三)血貧。如尿有胉或糖所致。(四)有上三故。若血管內結血塊。則易成⿸疒斤。若人或受打傷。或扭傷。致已溢之動脉壁漸生血絲而將總動脉塞住。若由小血管而起者。大半隨微傷之發炎所致。如因蹋趾碰傷而起。亦有因鑿雞眼(釘胼)而起。又因冷凍而起者。姑不拘何故而起。小血管內必有血塊向上延生。其上延之多少。與⿸疒斤炎之大小相等。

病狀 本肢久已欠滋養。初起時。肌驟痛而易疲倦。皮覺痲木。血不流行。故脉搏微細。全肢覺凍及血積等。若受微傷而成⿸疒斤。皮變紅色。隨成死肉一塊。乾而色黑。近傷口處炎漸濶。初或由蹋內側而起。由一趾而累二趾。後則各趾陸續受累。受病既深。不能熟睡。久臥於床。致患臥瘡。累及心肺等器官而亡。

治法 初起時。若其肢因血欠養。則覺疲倦寒冷而重。可用熱氣浴、揉捏等法及療全身法治之。但宜謹慎。並使病者注意勿受微傷。用熱水瓶時。更宜小心。又鑿雞眼時不可大意。若病狀加重致有⿸疒斤狀顯出。可試用靜脉動脉相通術。此法乃使血離開塞住之動脉。而流入靜脉以救此肢之失育。施此手術之處。多在大腿道。先將靜脉及動脉剖露。以動脉之近端。接靜脉之遠端。而細縫之。須

當謹愼。蓋鑿雞眼（釘胼）猶能生此病。況割肢之重傷。更易致之。割必離患處遠。在多血滋養之胴而割之。若痛極甚。或胴炎延。則必早割爲妙。且割時。必先查明總動脉塞於何處。當於未塞處割之。又宜知者。須看肢之肥瘦以施割術。若肢枯瘦。則於肢上段割之。若肢肥壯。則割下段可也。譬如患在足。則在膝上割斷。如割有碍。可用防稃紗裏紮。並宜用補葯及滋養品調養全身。並用鴉片止痛。

第十八圖

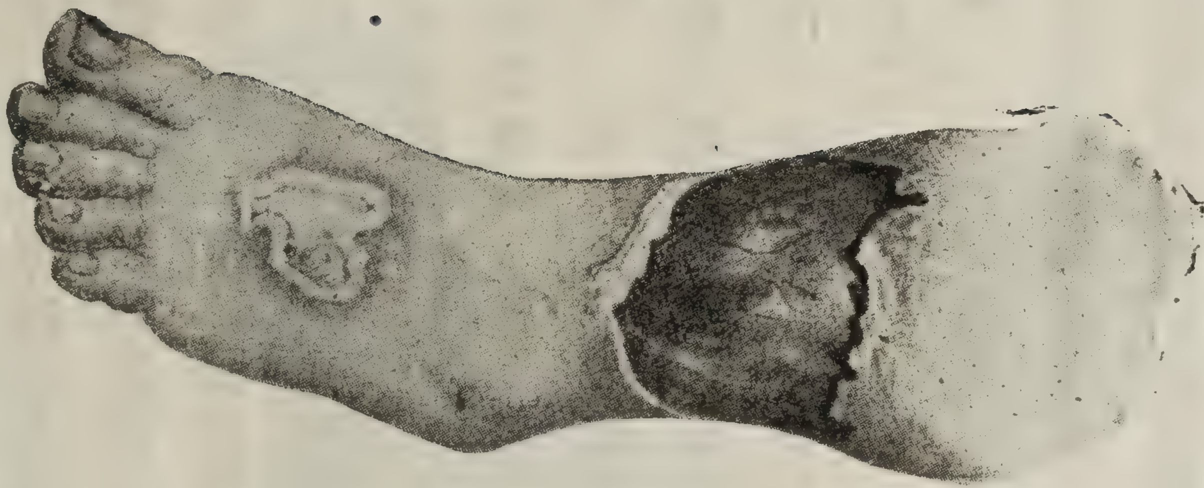


Fig. 18　DIABETIC CELLULITIS AND GANGRENE OF FOOT

疥及胴炎性絨症尿糖患足

（丙）動脉結血塊性疥 Gangrene from arterial thrombosis (non-senile)　此與年老無涉。其故因動脉內衣炎。以致閉塞。亦有因患癈症。或他血中毒症。致血因稃毒素。易於凝結。成爲塞團。最多累者在股總動脉。但有時患升上。而累腹總動脉。致兩腿均成疥。若靜脉不受累。則疥爲乾類。須待活胴死胴之界限分明。然後於遠處施用割術。

又有一類疥。係由卡波利酸敷包所致者。雖溶液甚淡。（六十分之一）亦能致之。多係累及指。非因裏布或油布捆紮太緊。大約因卡波利酸使動脉痙攣。致指虧血而成疥

（丁）糖尿症疖 Diabetic gangrene 多因血有變。而膶因此失抵穉力。又因動脉內衣炎與末梢腦經炎。患急性糖尿症及四十歲下之人罕有之。多起於輕傷或傳染傷。在趾尖下面起皰。皰之週圍有紫色。皰裂時則見下有死膶。疖由此死膶中心漸潤。倘用防穉紗潔淨患處。則漸乾而脫離。如污穢有穉。則膿炎累軟膶。而人因血中毒或糖尿症昏迷而亡。

治法 如一趾或二趾成疖。須包好。任其疖定而後連骨一並割除。並服可第印 Codein 治大疖者。必看血管病及炎之多少而施之。若血管壯。在疖上割之亦可。若總血管有患。必在極上段割之。然割。必有腦中尿毒昏迷之險。又一法。若膿炎潤大。將患處割數刀口。令炎液流散。凡施割術時。用迷蒙葯須謹慎。如下肢有疖。或用痲葯注射脊之法亦可。

（戊）雷氏症又名**相對疖** Raynaud's disease or Spontaneous symmetrical gangrene 少年虛弱者易患。以十五歲至三十歲之婦人居多。成病之級期有三 （一）司血管腦經使動脉痙縮。致患處變白而痛。（二）漸則靜脉血返行。患處盈血變藍 （三）膶死。患處乾黑成疖。或數日或數月始成。快慢不定。多由雙手指而起。有時身上一片皮如此死。患處極痛。然體溫如常。又因司腎血管缺功。時或下紅腥尿。有時指節硬而痛。因腦經枝炎所致。其狀如凍瘡。然痛甚而不癢。亦無關於天氣之冷暖。

治法 未成疖之先。須服鉄劑貴林。調理月經。並用按摩之法使膶溫煖。或用電浴治之。疖成則宜用防穉紗。令傷口潔淨。任其自脫。

(己)中麥角疥 Gangrene from ergot　中麥角毒（了葛）之疥亦罕。或因造麵包有麥角雜於內。人食之。或患此病。而所起之疥。或由一二指或一肢不定。

(二)傷性疥 TRAUMATIC GANGRENE

可分甲乙二類。(甲)血管受傷後。其下截成疥。(間接傷性疥)(乙)腡受傷後。其本處成疥。(直接傷性疥)

(甲)間接傷性疥 Indirect traumatic gangrene　其故有三。

(一)縛壯肢之總動脈　未定成疥。但動脈有患。而肢欠滋養。便能成疥。大畧爲乾疥。患處常以淺腡之一小片或一二趾爲限。

治法　使本肢温煖。用防穉紗與棉花包裹。俟其界限顯出。若肢之大半受累。宜在上段割截。

(二)動脈因傷結血塊　遂致成疥。其治法。與治漂團所致之疥同。

(三)動脈靜脈突然俱塞閉　難免不成疥。或因裹紮傷口過緊。或因裹紮後。腫壓血管。或動脈受傷後。血團壓靜脈等而起。

治法　若本肢受重傷。即將本肢截斷爲妙。倘因骨折。或節脫而傷血管。則割開尋受傷之血管縛之。並將骨料理妥當。除去血塊。亦可望其不成疥。迨後仍然成疥。又須將肢畧升高。並用法使肢

溫煖。且防穢入。則必割之。其割截之處。照傷之輕重而定。若骨折或節脫不穿皮。須待好䐈及疳䐈顯出界限後。再施割術。但骨傷成碎塊。或他重傷。須在患處之上截斷之。

(乙)直接傷性疳 Direct traumatic gangrene

其故有三。

(一)因重傷而成疳　如重物壓傷。致血管傷爛而血脹於䐈。於是成疳。且多有成濕疳者。衰老較幼壯更易成疳。

治法　以早截斷患肢爲妙。如欲患肢有救。須用防穢法。治理潔淨。苟仍成疳。必截斷之。

(二)因久壓而成疳　如骨折後。纏夾過緊。或久臥在牀致成臥瘡。Bedsore 初起皮變紅。血積不行。並成潰爛。如不治理。易累肌、膜、骨而成疳。此臥瘡將起。即洗淨外皮。用火酒。或伯蘭地酒及蛋白和勻。搽皮使硬。另用硼强酸。撒於患處。如皮顯紅色。則用兒茶酒 Tinct. Catechu 及鉛醋礬水。各半相和搽之。用水褥墊睡。以免受壓。

(三)因潰藥而成疳　如灰或鹼或酸等。須治理潔淨。俟患處界限顯出。自然脫去。然亦有因用卡波利水濕布裹患處。致血管收縮成疳者。惟指多受其害。

(三)染性疳又名特種疳 SPECIFIC OR INFECTIVE GANGRENE

(甲)急延性疳 Acute spreading gangrene

此病極重。

病因　（一）因飲酒過多。好色、虧弱、或糖尿症等故易成此疒。（二）因骨折穿皮。本胭則爛。致傷口或潤大。或有穉入。或受傷雖輕而有穉入。如剖屍不愼受有微傷而起等類。　（三）因有惡疥桿穉。此穉能速動。不受革蘭色染。其狀如蛋形。或居於桿中。或居桿頭。夫此穉僅能生於無氳育質。若育質有糖。則穉生極多之臭氣。患處連胭㾓腫而盛穉及氣。又有生氣桿穉。亦能成延性疒。此穉不動。而受革蘭色之染。

病狀　或二三日無狀顯出。或畧痛而已。然其害仍伏於內。若無滲液。則非佳兆。此後忽顯連胭急性炎及膿穉染血二類病狀。若割開患處。有死胭及膿液少許。有時全肢腫痛。色變紫而硬。未幾患處胭內藏氣。成氣痕。若病重。則作譫語。溫度極高。或溫度轉低而人昏迷。約五日至七日即斃。

治法　須速行割開患處之胭。以浴盆盛滿防穉葯水。久浸患處。又因致病之穉嫌氳。可多用收氳葯料。如輕上養、錳礬水等。Pot. Permang. 又必須調理全身。食滑澤之飲食。服易散之激葯。如錏沘、伊打等。若其患佈散甚廣。則或在肩關節或髀關節截斷。足以回生。

(乙)**殨疒** Phagedena　曩無防穉葯之時。故割後多有此病。近多用防穉葯。是以罕見矣。

(丙)**口頰疒** Cancrum oris　(走馬牙疳)　多由虛弱孩童居人密不潔之處。患熱症。如痲疹症後而起。初起時。口皮爛。或因污穢有穉。口內生死肉一塊。流膿極臭。患處漸漸深潤。累及頰外面有時連頷骨變壞。口內及骨、舌、腭、喉門均爛。有中膿㮒毒之病狀。未死之先。多昏迷及溫度降低。致此患之

穉。未曾查明。大約爲生膿練點穉所起。又有口內不潔之他穉助之。更有常見者爲頷下膿炎穉。

治法：速用防穉法以回生。吸迷蒙葯之後。以刮匙刮清口內爛肉。用卡波利酸或氰强酸蘸其患處。倘骨與牙均受累。須盡除去。飲食宜精美。以培補身體。常用防穉葯水洗。用硼酸甘油 Boroglycerid 或鋏錳上礬水 Pot. Permang. 或鋏氯强礬 Pot. Chloras 十英厘。和水一英兩洗之。或用氫上養 Hydrogen Peroxid 亦可。並服鐵劑、貴林、瘉後。其瘢深固。容貌變。然已幸救其命矣。且此一種穉或生在女子陰門處。Noma 須刮清爛肉。以盤盛防穉葯水浸其患處。用上述葯料。須當謹慎。保護喉門。用卡波利酸後。加酒精蘸其上。用氰强酸 Ac. Nitric. 後。加鈉氰碳强礬在患處上。

(丁)癰 Carbuncle 詳論於後第十七章

(四)凍熱性疳 GANGRENE FROM THERMAL CAUSES

(一)凍傷 Frost-bite 寒冷之地。恆凍之時。老幼患此者多。其故有二。

(甲)係一處之䐈受凍後。即在皮面成疳。尚不覺疼。他人視之。其色已變。多在鼻、耳、指、趾等處。漸枯瘦而顯黑色。漸則消去。或自脫落。少有膿液。

(乙)䐈受凍後。雖未成疳。然受凍時其色白。旋得温煖。血即潮至而痛甚。以致血管被血壓而成疳。若不成疳患。則紅腫而疼。久則成淺瘍。終則愈。

治法　用雪及寒水摩擦。待其漸得温煖爲妙。不可驟用熱水火爐。所飼食物。宜用温煖者。並宜高擱患處。以免血積而痛。若已成疔。則俟患處界限顯出。然後治理。坎拿大西北伐木之人。常有此患。該伐木人用松香油敷包置患處。頗見效。

(三)火傷及湯燙傷 Burns and Scalds　如火、汽、沸湯、熱油等傷。有輕重。非盡可成疔。傷分六級。第一級傷後皮微紅。第二級表皮之角層離開。已成炮。第三級表皮爛。膝莿亦傷。腦經絲顯露。其痛異常。但䐈腺、毛囊、汗腺、尙未傷。故速於收口而瘢後皮軟不縮。第四級表皮與眞皮及皮下之䐈受傷。第五級傷及於肌。第六級傷及於骨也。　受火傷。有三期。(一)初受傷。(二)發炎及死䐈脫。(三)自癒。凡受火傷後。多是其皮汚穢。故此三期。多屬有穉類之患。

全身病狀　第一期。或有腦力猝衰者。此非關一處受傷過深。蓋縱累及骨。亦不致此。乃關於受傷瀾大之故耳。　第二期。温度升高。約四日至十餘日。大約此因屬於穉類。臟腑亦盈血。如育道、肝、肺、顱腦等皆然。尙有稀奇者。即腸上段瘍是也。初起潰爛時。當飯後。則覺胃部痛作嘔。或嘔血。或大便下血。間有忽斃者。乃腸上段之動脉。忽然破裂所致也。其腸之洄膜。順從胆管口而潰爛。恐因肝驅激物。與胆汁齊出。致累洄膜炎也。　第三期。倘自癒盡善。患處無毒。則易獲痊。若有膿日久。則成潮熱。或臟腑似蠟性變壞。則或致命。

死因 Causes of death from burns　火傷致死之故。在第一期死者。因呼吸欠氣。倘過一二日而死者。

因腦力及心力突絕也。在二期死者。因中膿穢毒。或加雜病。如腸上段瘍等是也。在三期死者。因有膿日久。致精力耗竭也。症之結局小兒較危於成人。

治法　傷輕。則撒以防穢葯散。保護患處。若成皮皰。先洗潔。後放出皰中之水。撒防穢葯散。并用防穢紗綿花包裹。或用匹克酸 Ac. Picric. 二十英厘。和水一英兩。用布濕葯水敷之。若傷重。粘貼衣服。切忌用力强揭。宜用鋏氯强鹽二千分一之熱水侵透。輕手揭去。洗潔。用防穢紗浸卡波利油或猶加列托油 Ol. Eucalyptus 敷之。若甚汚穢。須施以迷蒙葯。揭去粘貼之衣服。洗理至潔凈。以油綢保護傷口。用防穢紗包裹。如腦力猝衰。宜令病者睡於牀上。用毡覆之。常令温煖。徐給茶湯。若傷重。則或注射鹽水入靜脉。若孩童受傷。須浸熱水。脫去衣服。洗凈患處。裹後即睡。迨換葯時復前浸浴。若傷至骨。早截斷本肢爲妙。如發炎。尤當潔凈。以免穢入。此後若有肉芽凸高。可用銀氰强礬點之。倘傷口濶大者。可照替耳氏 Thiersch 接補法治之。

第八章　特種染性症

SPECIFIC INFECTIVE DISEASES

痳症 又名丹毒或血蛇 ERYSIPELAS

痳屬摩接傳染症。因生膿鍊點稚而起。Streptococcus pyogenes 在皮與泗膜連網之小淋巴管易於孳生。而網亦不潰爛。身體所顯之病狀。乃因稚毒素而起。昔人疑痳是一特種之稚所致。今知大概因數種生膿稚而起。稚學者或宜將此症。歸於膿性傳染症類。（即非特種之症）

病原　計有三端。（一）因有傷口。如顱上外皮及近口等處。（二）因身體虛弱。或嗜酒。或尿有胋有糖。或患癩症。（三）因不適衛生。如醫院地窄人稠之處。以上三故。皆為患痳之先由。而其定由是稚矣。

病狀　初起微寒顫。頭痛。身熱不安。約有十二時久。圍繞傷口處。淡黃色之暈。漸則更紅而腫。近疎連網處（如瞼與陽囊等處）更腫。紅色漸濶大。其邊凸高。此時紅疹（癮）Eruption 漸淡。又累及隣近處。於暈外更起紅暈。內發皰。其液似血清。雖變渾。惟不成膿。而隣近淋巴腺亦腫而痛。若溫度高於一百零四。更非佳兆。初起時。脉滿而有力。過數日。則脉快而弱。若累及顱皮。人即易昏迷而作譫語。其起止病期。在一至三星期之內。但恐後復發。

又有一種名自起性痳。Idiopathic 多累及顱。不顯傷口。每年按其時復發一次。面腫異常。貌變難認。皰起亦大。或成膿。

累皮及皮下絨膕之痳 Cellulo-cutaneous 成膿。變疒。全體辛苦異常。其狀似稜串瘴。此種痳症與平常者畧不同。其紅暈邊不甚顯。亦不致淋巴腺腫大。

累及陽囊之痳。囊則腫大異常。惟不甚紅。亦不成膿潰爛。雖似尿滲出之形。但小便亦無難。

病理解剖狀 以顯微鏡驗病皮一片。可見有點稜列成鏈形。出紅暈而穿入好膕之淋巴管。於紅處可見白胅增加。塞住患處之淋巴管。或蝕滅點稜。隣近處淋巴腺盈血而大。如人因此病而死者。查其尸。則見有血中毒之狀而已。

診斷 以常而論。不難於辨認。如只係汚穢傷口及連膕炎者。則與痳不同。因膕炎之邊不高。紅暈不漸散大。亦無皰。且痳不甚累及淋巴腺腫大。而膕炎則反之。

結局 如在醫院內。百人中不癒者七人。多因加雜病而死。如累及顱腦、肺、腎等。酒徒、老人及嬰孩更難見效。最奇者。亦有病人先患路卜司瘍 Lupus 或疙或癬瘍。而後患痳症。則該患易痊。

治法 須守防稜之理。免起此症。如醫院有患痳者。可將病人遷離。以免傳染。若難令遷離。須用卡波利水濕白布。密圍病人牀位。另用一人專理看護之。

單處治法 (一)若欲引白胅多來之法。以阻其稜。宜於貼近之好皮。以濃氣酒 Tr. Iod. Fort. 搽

之或離患處寸餘微劃破。(二)倘皮顯腫痛者。須敷以熱水布。如用鉛醋下礬溶液 Liquor Plumbi Subacetatis Dilutus 十六英兩和鴉片酒一英兩。熱敷。或微劃破患處。搽以卡波利水四十分一。或錄氯強鹽水一千分一。或魚石湖 Ichthyol 二十分至四十分。和水至一百分。每日須搽數次至溫度不高而止。多三四日即愈。倘累及皮下連腡。須用刀割深。減少其液以免發膿。

調理身體　須服補劑及貴林。與易消化之物。並可服鉄氯強鹽酒。Tr. Fer. Perchlor. 三十滴一服。每日三次。且須用瀉藥以免大便結。宜早用敵鍊點稑血清 Antistreptococcic serum 10—15 cc. 十或十五立方百分米。射入腹或背之皮下。每日兩次。若能見效。則痛便止。紅暈不延潤。溫度如常。

痄症 俗名白喉症 DIPHTHERIA

此症又名喉痧或喉假皮症。係一傳染症。其特別之狀。係一層似筋腡質。生於患處之淺腡上。又令人顯特別中毒狀。多累及洇膜。嗓、喉、鼻穴等處更易受累。有時傷及口、皮、睟膜、外生殖器等。其原乃痄桿稑 Bacillus diphtheriae 所致。此稑爲不能動者。可養於平常育稑質。惟育於血清育質內更易孳生。能受革蘭色染。惟所受之色不勻。

試驗室辨痄症法。賴顯微鏡查視病者之滲出質而得此稑。或將滲質種於育稑質上。亦可查得。其查法如下。先備血清育稑質一筒。又備一纏棉花無稑探針於一試筒內。若查病者之咽喉。令病者

坐於對亮處。若小兒須人扶隱。病人之口一開。用壓舌板壓其舌。即用棉花探針。搽其病膜。後將有育質之試筒揭開。將棉花探針入於其內。輕輕抹於育質之上。撤出後將蓋塞上。仍置棉花探針於其原試筒內。將二筒均置於三十四度（C）潛伏箱內。過十二點鐘取出查之。若有痔稈在育質上。可見數渾白點。畧高於育質面。若以棉花探針上之質。作一膜片。用色染之。亦可查得此稈。　從病者咽喉。取病膜時。須防病者咳嗽。噴出病膜於查病者之面。

痔症最重之狀。乃稈毒素所致。痔桿稈不離患處。惟其毒素傳至週身。此毒素不但令人温度甚高。亦能累及司動腦經而顯癱狀。癱狀多顯於腭眶眼等肌。然四肢軀幹肌。亦可顯之。此毒素令心力弱。因其肌變壞。或因顱臟腑腦經受此毒素所致。此毒素亦多累及腎。故有尿舶顯出。　嗓喉痔及痔症之特別病狀詳列於後。

治法　最要者乃早施敵毒素血清。Antitoxic serum 4,000 to 50,000 units 四千至五萬準個。患處亦宜用防稈藥。若嗓爲假膜所塞。或宜施剖總氣管術。

痓症 TETANUS

痓症（又名破傷風）係一單處染性症。因痓桿稈而起。兼稈毒素所致之特種血中毒狀。此桿稈及其散散布甚廣。菜園及田土皆有之。工人手上污穢中亦或有之。間或外科士器具上亦曾查見。

此稈之形如細桿。有時甚長。性嫌氰。即使畧有氰亦不能孳生。故須於氫或氰內養之。孳養時稈不生氣。稈有纖匐枝甚多。以顯微鏡查之。見散生於桿之一端。形如鑼鎚。不受革蘭色染。除去此稈之毒素。則稈不常致病。雖將此稈射入畜身。亦不顯病狀。但微存毒素。即能制胭之活力。致稈能孳生而出多毒素。

病原　此稈居於花園土內。馬槽穢物。及各等灰塵內。故凡作土工者。如農夫苦力等。最易染此症。馬亦易染之。馬糞內亦有此稈。故馬夫等亦多染此患。此症熱帶較多於寒帶。多由傷口而起。如裂或刺傷之不潔淨或有膿者是。體之各處皆能受其害。而以手掌足蹠受害者爲最多。此因手及足易與土相接近故也。常見受汽車馬車碰傷之後。偶不經意。易染此症。此因

第十九圖

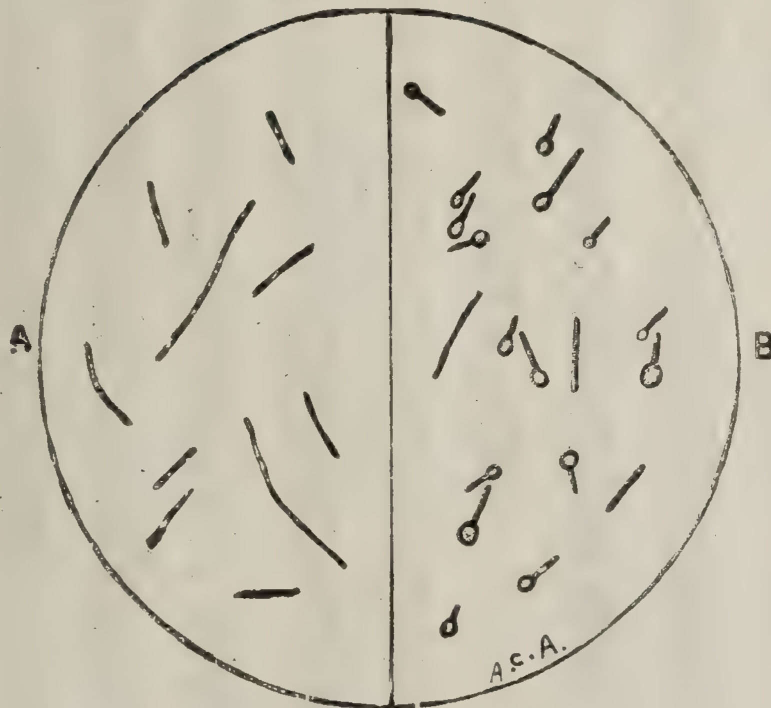


FIG. 19 BACILLUS TETANI A, VEGETATIVE STAGE B, SPORE-STAGE SHOWING PIN-SHAPES

痙桿稈　A生長之形態
B生芽胞之形態

胭被壓傷及撕破。生活力衰弱。加以膿稈侵入之激惹。胭內之氰被膿稈吸盡。於是遂成一種易生嫌氣稈之情況。而助痙稈之孳生也。若傷口潔淨而順愈。則少有此症發現。然亦有因打傷或壓傷。

雖皮未破而發此症者。但甚少見。有因無彈子之鎗烟所傷而發現此症者。係因無彈子之馬毛瑟子。有痉穉散在內之故。有人用舖店購買之馬蹄膠射入血囊而發此病者。此因膠內有痉穉也。

病理　痉症係單處受染。而其毒素能顯於週身。該穉祗居於傷處。不入血亦不運行至他處。而其毒素則由患處而生。累及腦系統之脉。大約與士的年之毒相同。然此毒素之由患處入大腦及脊腦。係循腦經而行。不似他毒由血而入。茲將查明之據列下。　若將痉毒素極小之劑。直射入活畜腦經。則痉狀顯。然用較此大四五倍之劑。射入肌內則或竟不顯痉狀。若在射毒素後將該腦經在射處及大腦之間截斷。則痉狀之顯甚緩或全無。昔日外科士。對於此症。每將腦經割斷。或有效驗。即此理也。凡痉毒素可在腦經中查得。蓋將此腦經質射入能患痉症之牲畜。即顯痉症也。　驗尸時所顯之變狀不甚昭特。有時肌較常人白或有裂處及血滲出之狀。腦經由患處向上畧紅而盈血。但此或爲膿穉炎所致。非痉毒素所致也。腦之中樞(腦司所)有變軟處。亦有滲質繞其血管而有盈血狀。橋腦及延腦更如是。脊腦結之脉亦顯變壞之狀。

急性痉病狀　多在傷後十日內而發。若地方炎熱。則其發更速。或數點鐘或一二日不定。初起病時。不能開口。名牙關鎖閉、牙噤等。雖撬其牙亦不開。故難飲食。頸及背之肌縮硬。面肌收縮而成痉攣性笑狀。Risus sardonicus　漸而背及四肢痉攣極痛。幸累及呼吸之肌尙緩耳。有時脊肌强直性痉攣致後反張。Opisthotonos　或痉攣向前成前反張。或痉攣向側成側反張。間有痉攣力大致肌斷

或致舌亦咬斷者。自始至終病者尙省人事。未死之先。温度或升至一百零八。(42°C) 全體出汗。死後温度更高一二度。(44.5°C) 致死之期。或十二時。或四五日耳。中國之初生嬰兒。多患此病而死。係因斷臍帶時。不用潔淨之法。而以舊布紮之故也。(俗名刺臍風) Tetanus neonatorum

慢性痓病狀 較輕於急性痓。受染後顯狀較遲。身不發熱。故可痊瘉。有時雖口不能開。頸與腹背各肌亦同時强直。但不顯症之特種瘛瘲狀。

有一特類痓。名顱痓或癱性痓。Cephalo-tetanus or Tetanus paralyticus 多因頭受傷累及顱腦經而起。由眶處起者最多。先有牙噤狀及患側之面癱。後則身體他處顯强直性痙攣。終則他腦經被癱。更多累及第三腦經。致眼歪斜。有時嚥肌痙攣。或病人發狂。

診斷 牙關鎖閉。係由嬰兒生牙或顳頷節發炎而起。與痓不同。因痓者頸肌强直。至於中土的年毒而痙攣者。痙攣後則肌復原。與平時無異。雖間有嚼肌痙攣而口仍能開。惟手肌則痙攣更甚。至於痓症則手肌痙攣極少。而嚼肌多。　瘈獸症 Hydrophobia 與痓症之分辨更易。蓋初起時之幻覺。痙攣之不同。(瘈獸症之痙攣爲陣性而非强直性) 以及症之來歷。皆非痓症所有者也。

判症結局 多屬重症難治。如患病久而身不熱。則可望痊瘉。若起病速。身極熱。不寧睡。有譫語。眼歪斜。便非佳兆。判症之極宜留心者。乃此症之伏期。大約起在十日內者。百人可瘉四人。起在十五日內者。可瘉二十七人。起在二十日內者。可瘉四十五人。

治法　夫既知某處常發此症。某處受傷後。若醫士恐染痓。須用敵痓血清預防治法最妙。所用之份劑不必甚大。一至五西西(1—5 cc.)已足。　受傷後而痓症狀發現者。可將傷處割去。又用鉄烙災患處若傷處累及一肢。可將一肢割斷。　但雖用上單處治法。有時已入身之毒甚重。而顯痓攣之狀。則人必死。敵痓血清。不能殺痓穉。祇能解其毒素。使之無害耳。若毒素已與腦質相合。則雖用敵痓血清。亦無大效也。用敵痓血清。須射入腹或背之皮下。第一次宜用大劑。每劑二十至三十立方百分米。(20—30 cc.)每日兩次。以後則用小劑。每劑十至十五立方百分米。(10—15 cc.)亦每日兩次。又有用卡波利水二百分一者。每日射入二三次。每次十至十五滴。亦見功效。(最妙用一小劑射入靜脉或射入腰脊腦筋膜下。)　病人須住寂靜地方。切勿激動其怒。宜食易消化物。多飲湯類。若口難開。須用庫秋管入鼻。使食物由鼻入胃。宜服哥拉或鈒氰鹽。又可吸哥羅芳以止痓攣。

瘈獸症 俗名瘋犬病 HYDROPHOBIA

人被患此症之狗、豺狼、貓等所咬傷。則累及顱脊腦而成瘈獸症。此症之伏期遲速無定。

狗患瘈獸症　狗受染後約四星期內。則發此症。初覺不安寧。易激怒。常伏闇黑之地。食污穢物。口流稠涎。此涎不能除去。如此兩三日後。則性亂。欲咬。吠聲漸破。嚼肌漸癱。而口難開。病起五六日後。瘛瘲而死。

人患瘈獸症、人得此症。伏期不定。或數日。或數月。或數年。然以六星期內發者為最常。際此伏期內。傷口約已平復。惟其瘢或尚覺微痛及有腦經痛耳。初起病時。顯無理由之恐懼。靈心不甯。視聽錯覺。約二十四小時後。全體不安。難睡。胃弱。惡見液

類。畧顯發熱。未幾舌及頸殭强。呼吸不舒暢。吞咽食物時猶甚。而其瘛瘲。則屬陣痙性。與痓症之瘛瘲不同。逐漸加重。稍後。則一觸即發。如冷風一陣。燈光一閃。聲音一響。皆足使瘛瘲復發。此時則不復能吞咽。口流稠涎。難於除脫。呼吸阻滯。膈肌痙攣。作聲有時似狗吠。終則陣抽或全停。病者自始至終皆省人事。致死之故。大概係延腦之毀壞及精力耗竭。然亦有因嗓口痙攣而早死者。症期大概一星期左右。然亦有二三日即致命者。

病體　查其病體。不甚顯露。惟延腦盈血。延腦之血管內結血塊及連膶有白脒而已。

防病之法　若知為瘈狗咬傷。立即裹紮患肢。免毒上攻。尤以令血多流出為妙。宜用有力之潰葯。如卡波利酸等。以潰其傷口。或用刀割除患處更佳。

巴司徒氏防症種法 Pasteur's preventive inoculation　巴司徒氏發明此法。用此病極輕之毒注射人身。而每日加其毒力及份劑。如此則不但能防人獸致症。即已受染者若速用此法亦可痊愈。巴司徒氏之法如下。係以瘈獸症毒。射入一小兎內。約十五日後。兎即發病。立將此病兎之脊腦。射入別兎內。則此兎十四日後發病。再照上法。陸續射入他兎。迨最後之一兎第七日發病為止。隨將此兎脊腦。截分十四塊。分載十四玻璃罇內。令乾。此脊腦在罇內貯留多日、則其毒力漸輕。若貯留至十四日之久。則毒更輕。倘有人受傷。在病未發時即往巴司徒醫局求醫。則先將貯留十四日之兎脊腦研爛。射入病人皮下。次日則射貯留十三日者。第三日則射貯留十二日者。以後按日照法。射至貯留一日者。則病可免發矣。自一千八百八十五年。初創此法。至今已救回人命不可勝數。

治法　若瘈症已發。只可用姑息療法。除盡各種激惹。令病者靜息。服哥拉或吸哥羅芳。或在喉門灑可卡印以減痙。凡病者可食之滋養品皆可用。以肛飼法為最相宜。

第二十圖

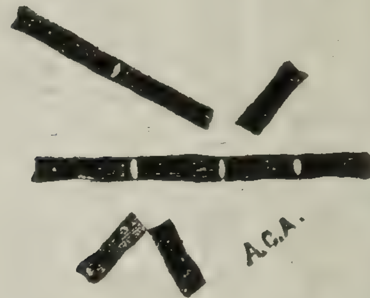


FIG. 20 BACILLUS ANTHRACIS HIGHLY MAGNIFIED TO SHOW SWELLINGS AND CONCAVITIES AT EXTREMITIES OF THE SINGLE CELLS

放至大之獸疔桿稭以表其兩端之盂

第二十一圖



FIG. 21 THREADS OF BACILLUS ANTHRACIS CONTAINING SPORES × 1220

含芽胞之獸疔桿稭絲

放大一千二百二十倍

獸疔症 ANTHRAX

獸疔症。係因獸疔桿稭而起。凡稭以獸疔桿稭爲最大。長兆分米之五至二十。澗兆分米之一至二、五。細觀血內。則見或二粒或十粒。每粒稍相離而相聯似鍊。須有氱方孳生。若在沸水內約兩三秒鐘便死。置於百分一之卡波利水內兩分鐘久亦死。惟所生之殼置卡波利水內一星期尙不死。倘射獸疔症之血入小鼠尾皮下。該鼠十二時便死。査其全體臟腑。貯滿獸疔桿稭。

病狀 此症屠牛、屠羊、或剪綿羊毛之人患之者最多。

獸疔惡膿皰 Malignant pustule 初起。皮色紅。易散開。四圍高腫。皮內多液。外有皰。皰內有獸疔桿稭。覺癢而不痛。紅暈漸潤中變黑色成疖。淋巴腺發大。溫度高至一百零二或一百零三。脈快而亂。胃不安。嘔吐。倘無法治之。則呼吸不舒暢。譫語昏迷。一兩日或一星期內而死。然漸漸痊愈之類較多。此則其發顯僅以患處爲限。每漸漸平復。腫亦漸消。傷處痂脫而愈矣。

獸疔性痳腫。Anthrax edema 係極重之症。致死甚速。多起於面及眼瞼。皮色紅。多皰。各處成疖。淋巴管及腺亦受累。

血染獸疔稭又名羊毛撰揀工症 Woolsorter's disease or Anthracemia 不顯傷口。該稭由口鼻而入。兩三日即發病。若由呼吸之道而

入。身熱不安。而成肺及胸膜炎症。咳出之痰內有許多獸疔稚。温度高。氣喘脈弱。大多數腦力脫失而死。若稚入胃。則常被胃酸液所殺。倘入腸而遇腸內鹼性液。則稚即孳生。累及腸壁。而致嘔吐、抽筋、腸扭痛、大便下血等病狀。此亦屬重症。但較輕於肺及胸膜並炎耳。

獸疔症之治法　割去患處。或用滅稚藥。如純卡波利酸等敷患處。或以鐵烙之。亦可用敵獸疔血清。每劑二十至四十西西。每二十四小時射一次。若症重則第一次可注射入靜脈。射此血清後則温度升高。大發汗。進步甚速。敵獸疔血清之功效係使食稚白胅增加。

白濁症又名瘴性麻症 GONORRHEA

白濁症。係瘴症之由白濁點稚 Gonococcus 而起者。其特狀。爲尿管流膿。（此指最普通之數而言）該稚屬雙點稚類。形如眉豆二粒排列成對。似兩娥眉月相向之形。不受格蘭色染。稚居膿內爲數甚多。且常積於多核白胅之內。如欲查驗。先用格蘭氏法染之。後用⿰火非弗辛染之。Carbol-Fuchsin 則白濁點稚變紅色。而他類點稚變深紫色。稚多居膿胅內。但亦有許多膿胅無稚在內。凡男人有白濁時。多係尿管前段發炎。或傳染至胱底腺及精腺冠。（書前插圖）

尿管急性白濁炎之病狀 Symptoms of acute gonorrheal urethritis　大約受染後兩三日或一星期發顯。三四日發顯者最多。初起。尿管口癢。小便時覺痛。初流洄膿。漸而變稠且多。色黃。腰部疼痛。身熱不安。大便結。胃弱。或尿管洄膜盈血而腫。甚或尿有血而尿積閉。若患痺或癲症者患白濁症則

難治。且易復發。 若善爲調理。逾二三星期即瘉。若調治不善或頑梗難治。則毒向尿管後段蔓延。則成尿管後段炎。Posterior urethritis 此則大概二星期後即明顯。其特狀係小便頻數而痛。會陰亦痛。尿或有血。尿管後段受染關係甚大。因胱底腺、精腺、精囊皆能因之受累。且係慢性白濁症之極普通病原也。既成慢性症。則常有白液流出。多少不定。有時小便後畧痛。其液似泗膿而淡。或僅有少許。只能粘閉尿管口。或僅在晨起時擠壓尿管。始顯少許。此等況狀可纏綿數年之久。際此時期。其毒仍可染於婦人。 慢性白濁有時因尿管之泗膜有瘍而起。則所出之液色黃。用探管導入則尿管覺痛。若以探尿管鏡視之。可見瘍處。 有時慢性白濁係慢性胱底腺炎所致。此則每兼慢性精囊腫大。以指探肛內。可捫得之。且胱底腺受累者。若用指由肛揉捏胱底腺。病者小便時尿含線虫形之白線。 若症延日久。或復發數次。則繞尿管之胴加厚。或致尿管狹窄。又尿管之瘍愈時。管壁成瘢。亦能致此。

凡患尿管流出膿液。不可均認爲白濁。因婦人有白帶或經期未淨累及男人尿管發炎者。與白濁無關。故非用顯微鏡查其液。不能辨定是否白濁症。然須知白濁點稚能藏於尿管窩內甚久。雖病者以爲已愈。亦能累及他人。

治法 初起病時。最要使尿免酸。可服鹼類葯及鬧羊花酒。Tr. Hyoscyam. 利大便。飲食宜用清淡之物。酒及濃茶等不可用。牛奶、飯湯、蘇打水等則相宜。用一布帶盛住陽囊。稍瘉時。服檀香油 Oleum

Santali 十滴。每日三次至六次。或哥拜把油 Oleum Copaibæ 十滴。或畢澄茄散 Pulv. Cubebæ 2—4gm 三十至六十英厘。凡服哥拜把及畢澄茄後。間或全體顯紅點。　至用葯液射入尿管。則各醫用意不同。或謂初起時。宜用別法治之。數日即外癒。倘過數日膿流不止。方可射入。宜先使小便沖膿出。後用潔淨玻璃水節。由尿管口射入藥液半英兩。(15 cc.) 迨取出水節時。以手指執住尿管口。使藥液留存二十秒鐘。始行放出。該藥液用兒茶酒 Tinctura Catechu 十滴及錏硫強礬 Zinci Sulphas 二英厘和水一英兩。或錏錳上礬 Zinci Permanganas 一英厘之四分一和水一英兩。或銀脭一英厘和水一百分。Protargol 1% 或銀氰強礬 Argenti Nitras 一英厘之四分一和水一英兩。射時務宜謹慎。初射。每日四五次。數日後。每日早晚射一次。即使膿液已盡後。尚須注射多日始妥。所用藥水須溫煖。又有喜於初起時注射葯水以免成重症者。用鉀錳上礬 Potassii Permanganas 一英厘之四分一和水一英兩。射入時須使全尿管均灌到。且將尿管各窩洗淨。

慢性白濁之治法。須理大便。服鎂硫強礬 Magnesii Sulphas 及鉄氯強鹽。Liquor Ferri Perchloridi 食物照前切戒房事。並照前射入藥水。另用探條每數日探入一次。以免稽積尿管窩內。每星期用指由肛揉捏膀底腺及精囊一二次。若尿管數處有顆粒性炎。須用銀氰強礬點患處。(此溶液須用千分之一者) 初用若不見效。須用此溶液刷洗尿管。其法如下。以庫秋管一箇。長約七寸半。插入尿管。將銀氰強礬溶液傾入庫秋管內。再將庫秋管撤出。如此辦理。每禮拜二三次。

伐克辛療法 Vaccine treatment 近來人用穉勻療法治白濁。然在尿管有白濁液時。此法無大功效。而對於白濁之後患。如關節及睟炎等、則甚有效驗、射穉勻之法已論於前。用一百兆至五百兆死白濁穉爲一劑。100,000,000 to 500,000,000

白濁之加雜病　共分三類而論。

(一)因直接蔓延之加雜病 Complications due to direct extension

由尿管直接累及相連之處。男子所患者有五。

莖頭炎 Balanitis　多因莖包頭過長及生膿穉(此非白濁點穉所致)而起。後致莖淋巴管及大股淋巴腺發炎。

尿管窩瘴 Lacunar abscess　此因管窩或一或多染白濁點穉而起。又時兼生膿穉。尿管之底炎痛。炎處凸入管腔。致或膿流入管。或外穿。或兩者同顯而成莖瘺。Penile fistula　欲免此病。須早放膿。若已成瘺。須從尿管口割至瘺處。若陽莖中間成瘺。須剪開瘺之兩邊。以望收口。

莖攣痛 Chordee　因陽莖下幹盈血硬而曲向下。若陽莖旁幹或左或右盈血而硬。則陽莖斜向一邊。多在夜間始覺。其痛烈甚。治法。用冷水布貼患處。服鈒氫鹽並鴉片酒。

莖蒂後腺炎 Cowperitis　有時致會陰成膿。　胱底腺炎、精囊炎、精腺冠炎、胱炎等均詳論於後。

(二)因直接傳染之加雜病 Complications due to direct transmission of the virus

此係白濁之穉累及與尿管不相連之處。

白濁性肛炎 Gonorrheal proctitis　女子患此。或因陰門之膿流至肛門所致。無論男女有因鷄姦而致者。其特狀爲肛門急及流稠厚之泗膿。須用鉛醋礬水及鴉片酒同射入。或硼强酸 Acidum Boricum 水亦可。

白濁性鼻膜炎 Gonorrheal rhinitis　倘膿多須用安和焌液射入。或用輕歛藥。

白濁性睟炎 Gonorrheal conjunctivitis　小兒亦有此症。係由母所累。如大人患此症。眼紅痛。初流泗膿。後漸成膿瞼紅腫。若不早治。則有累及瞭或累全眼球炎之虞。治法若僅一目受患。宜小心保護他目。以免累及。須勤治患處。多用硼强酸水。或銀氰强礬 Argenti Nitras 五厘和水一英兩。洗之。小兒有此病。務宜十分謹慎。因最易壞目也。故今多用愷德氏防法。Credé's method　凡小兒出胎時。即以淡銀氰强礬水或淡銾氯强鹽水洗目。以免起此病。

(三)因喫毒之加雜病 Complications resulting from general absorption

白濁性關節患 見第二十三章

白濁性胴筋炎 Gonorrheal fibrositis　肌、肌腱、筋帶等有時受累發炎。且有累及跗筋帶者。若醫士不査明而禁病人行走。則筋帶失力。致患蹠平病。　因白濁而起之肝炎則罕見。　以上第二三類加雜病或因胴內有力弱之穉少許而起。或因中尿管內穉之毒素所致。不定。

白濁性穉串癰 Gonorrheal pyemia　間或有之。身上有數處生子癰。初起在深胴內。日久則發出膿炎狀。至此時宜割口。雖收口甚緩。然常奏效。　有時心門扇被白濁穉所累。而起潰瘍性心內衣

炎。又有一罕見者。名血染白濁稚。得此恐難延命。

女人白濁 或在尿管。或在子宮頸內衣而起。在尿管者易累胱發炎。在子宮頸內衣者。則全子宮內衣、卵管、卵腺、腹膜等均可受累。若累及腹膜。則僅近卵腺繸之一處受累。迨生筋腡後。則卵不能出。難於成孕矣。陰門內皮。本無白濁點稚留存。倘發炎致泗流出。此因子宮頸之稚。落入陰門作禍耳。　婦女白濁症詳婦科。

㿉症　或㿉瘍、軟瘍、軟疳等名　SOFT CHANCRE

㿉(音隊)症多在生殖器。乃因㿉桿稚而起。惟此稚不生豉。且不受革蘭色染。亦不易育。若將此稚種於他處。則該處即顯出一標準的㿉患。受染後一日。顯一紅粒。逾二三日。則成皰。再逾一二日。則成膿皰。四圍紅色繞之。繼則皷脫而成㿉瘍。其邊直而昭顯。逐漸㿉瘍口增大。至一定度。苟潔淨不受汚穢。則三星期左右即收口。此等患處。無論陽莖何處皆能有之。然多陷在莖包頭及陽莖頭莖頭冠處。甚痛苦。所生之膿。具絕大之傳染性。苟染他處。則該處即顯同樣之㿉。然僅單處受染。不累及遍身。有時數㿉瘍一齊發出。或累泗膜。或累皮。若患處初在陽莖頭。繼則累及莖包頭。陰外戶亦然。一側有之。彼一側亦被累及。若莖包頭過長。及本人之身不潔。能成莖頭炎。蓋莖包頭一爛。則陽莖頭在包頭內穿出。致全莖包頭向下。倘祗有㿉毒。二三星期後可瘉。若兼瘰毒。則不久即有瘰毒

之病狀顯出矣。

患癀者。常兼胦淋巴腺炎。胦淋巴腺炎有二類。俱易生膿。(一)單純膿性淋巴腺炎。因癀稑而起。(二)惡性淋巴腺炎。因膿稑及癀稑而起。兼有癀稑者。不特累胦腺。且累及腺圍胭而成一大癀瘍。

治法　首宜潔淨。用錸氯强鹽水及硼强酸水等洗之。並用埃多方 Iodoform 散撒之。又用防稑紗蓋住。後以棉花布帶紮緊。如此。則十至二十日之間可瘉。有時因莖頭炎腫。須用剪剪破莖包頭。倘仍難瘉。則用卡波利及氰强酸刷癀面。若人嫌埃多方散之臭。則用埃多 Iodol 或阿色透 Aristol 散敷之亦可。胦淋巴腺炎初起時。宜用熱敷袱。可望不生膿。若不能如此。則宜用刀由上割至下。蓋如此割法。無論或坐或行。膿皆易出也。既放之後。用埃多方散撒之。並用防稑紗挿入割口。後以棉花布帶纏好。　若因淋巴腺大而將胦股處淋巴腺全割去。則日後胦股處或有淋巴腺被塞之患。

瘺症又名楊梅症　SYPHILIS

瘺（音藥）症由一種寄生而起。屬螺雒類。名瘺螺雒。Spirochæta pallida or Treponema pallidum 螺雒類人口及汚瘍即有之。用染色法即可辨明。瘺螺雒則最難受染。故多年未曾查出。其形最細。有八至十二曲。兩端尖似針。長短雖無定。平均計之。大約與紅脒之直徑相等。他螺雒則大而粗。凡瘺症之患處大多數有此雒可以察見。又瘺胎之肺、肝、脾等處皆有之。瘺初瘡及鄰近之腺又皮上之皰亦皆

有之。然至癧之第三期則罕有。(第二十二圖)症分三期。生初瘡時爲癧第一級期。待數星期後。則全身被累。皮及洄膜被累尤甚。此即第二級期。逾數月或數年或數十年。則全體之病狀屬第三級期。

第二十二圖

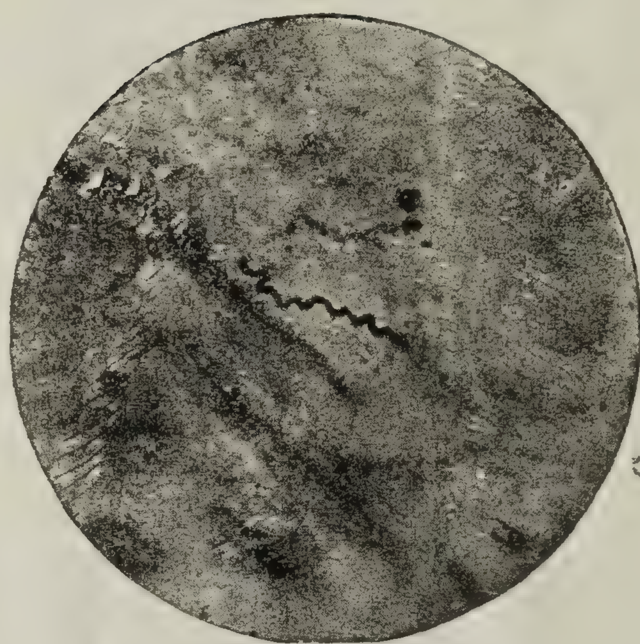


Fig. 22 SPIROCHAETA PALLIDA × 1500

癧螺旋

傳染之由　多由荒淫所致。故常起於生殖具。有因與患癧者共食器而得者。此症之旋毒力甚大。雖早用殺穉藥。亦難免成症。如染後數點鐘。即用氰强酸點該處。可免毒入身體。多因損皮少許。後則受染。未幾傷口自閉。或失於察覺。迨過三星期後。則患處起一癧初瘡。未起之前。即伏期也。

第一期 Primary stage

病狀有二。初瘡及附近之淋巴腺大。

初瘡。Primary sore　在莖包頭之近莖頭冠處。或在莖包頭之摺處而起。女人則在陰門外戶或內戶而起。即在受染後損皮處成一層硬膜。是也。此瘡分二類。第一類係顯一粒極紅而硬者。有鱗膚胅在其面上。最易脫落。若被磨擦。則潰爛而成第二類。此即初瘡已潰爛。在莖包頭底。硬膜濶大而橫長。倘將皮反轉。則瘡與莖包頭一齊反轉。(第二十三

圖）若以顯微鏡查之。則見瘡中之質係圓脒及梭形脒緊聚而居。兼有若干脒間腡。有時或有巨脒。此處血管甚少。故患處易潰爛。　要知凡患瓘症。即使在此標準的伏期發顯之前。早可用顯微鏡驗明。以定診斷。除早定診斷及早施有益之療法外。則完全治癒之機會即較少。　有時患瓘症

第二十三圖

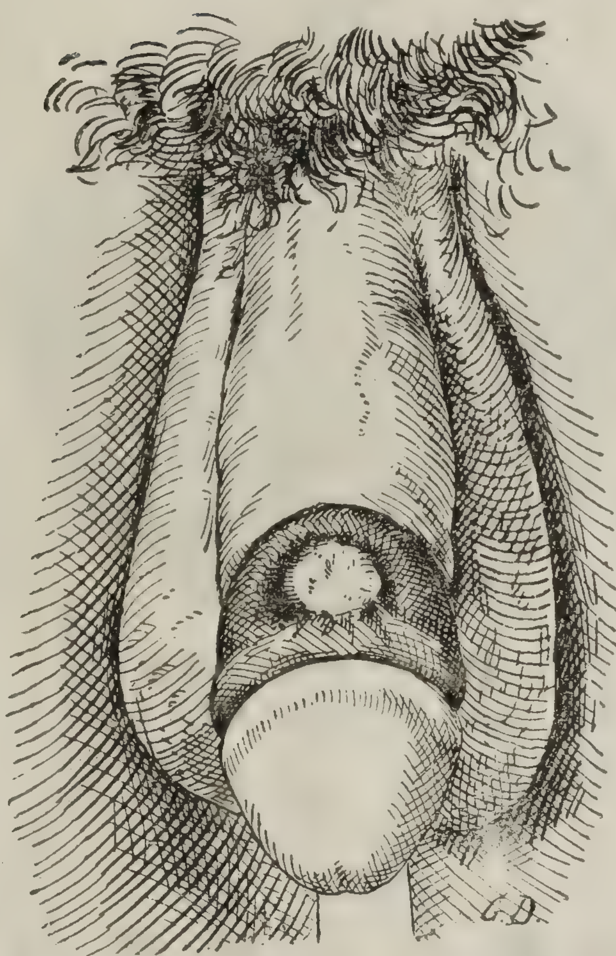


Fig. 23 HARD CHANCRE DISPLAYED BY EVERSION OF PREPUCE

莖包頭外翻顯瓘初瘡

者身之數處有瓘瘡。但罕有已身之瘡。傳染於已身他處者。（如莖包頭下有瘡。不傳染於莖頭）若數處有瘡。其形較單處者小而軟。

尿管瓘初瘡 Urethral chancre　尿管生此瘡時。若起於近管口處。捫之。則覺有一硬粒。且有淡血色液流出。有時硬瘡繞尿管口而出。終則尿管口變窄。

不生在生殖器之瓘初瘡 Extragenital chancre　而在口、唇、指、乳頭等處者。累及鄰近之處最甚。因同時有膿穉炎發顯也。該瘡較生殖器者軟。但腫大而盈血。若潰爛所流之液甚多。即成厚痂於瘡上。鄰近之淋巴腺。多受累而大。且有滲質圍繞該腺。或誤認此狀為疽。然察其生長之遲速。且早

纍及淋巴腺否。即可判定是否爲疽也。

生在手指之瘰初瘡 Digital chancre 則由甲旁而起。繼則纍及甲母。或手指末節腫。則肘關節上及腋淋巴腺亦變大。醫士查症及接產之時皆易被染。

近患處之淋巴腺變大。硬如彈丸。在皮下易捫着。不痛。不成膿。由患處來之淋巴管。有時成慢性炎。似硬繩在皮下。莖背淋巴管每如此塞住。致陽莖頭及包頭盈血而硬。

診斷 瘰瘡與潰瘡有難分別之處。祗瘡底硬而無潰爛者係瘰症。倘生膿潰爛及周圍腩受侵而盈血。則難斷定。須第二級期病狀顯出時。方能知也。尚有二辨症之法。一察血之紅脃。已詳上文。二用顯微鏡查瘍液有瘰螺絲否。

時期 Duration 早用銾治。則初瘡約六星期可瘉。不然則恐須一年之久或且不瘉。

第二期 Secondary syphilis 身體不安。或頭痛。或身熱。或血虧。或血脎不足而紅脃欠缺。故身體多處顯病狀。玆論其患之在皮、洇膜及淋巴腺等處者。

皮疹 Cutaneous eruptions 第二級期顯於皮者甚多。且各有特狀。色紫。不癢。全身顯紅點。時隱時顯。或成紅色粒。或皰或膿皰。或皮有數塊紅腫。皻多易脫。與牛皮癬相似。惟所生之部位不同。蓋此病。多在屈肌之處。亦有在額顯紅點。形如頭上戴一圈者。

洇膜 喉門盈血。不久則成潰爛。纍及腭扁桃及腭垂。或舌膚脫去而成淺瘍。多膚成洇疣。Muc-

ous tubercle 生於口角、頰上皮、舌旁、肛門旁或脚趾分歧處等。若長大如花蕊。則成瘰濕粒。

瘰濕粒 Condyloma 在肛門及陰門。俱可察見。所出之液甚毒。然亦有生於舌上者。

淋巴腺 全身之淋巴腺變大。硬如彈丸。若疑爲瘰而不便明問者。可查項腺及肱骨內輪上腺。

瘰禿 Syphilitic alopecia 毛髮最易脫落。或漸漸疏脫。或大脫。幸毛囊未壞。故可復生。

睛簾炎 Iritis 畏光。有細血管環繞瞭。瞳變小而不圓。轉動不靈。因粘着於瞭後或粘着於睛珠衣前故也。或瞭上顯數黃點。此黃點係淋巴炎所成。

時期 銾治愈早。則易輕。若染後四星期之內調治。則第二級期之病狀兩月可痊癒。惟最易復發。因用銾不足故也。

中介期 第二第三兩級期之間。名中介級期。Intermediate or late secondary stage 此期內有一種病



圖四十二第

Fig. 24 RUPIA OF FACE

瘡痂尖面

狀致骨及關節痛、滑膜積液、或骭生骨阜。眼被累甚而睛膜及視衣炎。皮生癰性牛皮癬。Syphilitic psoriasis 多在足蹠及手掌處。皵厚而裂。亦常見尖痂瘡。舊名銅鼓疔 Rupia 其膿成痂形。似蜆殼。層層疊生。(第二十四圖)「大膿皰。Ecthyma 未成痂時。成一大潰爛。倘治之得法。則可成瘢。惟較皮稍凹。

第二十五圖

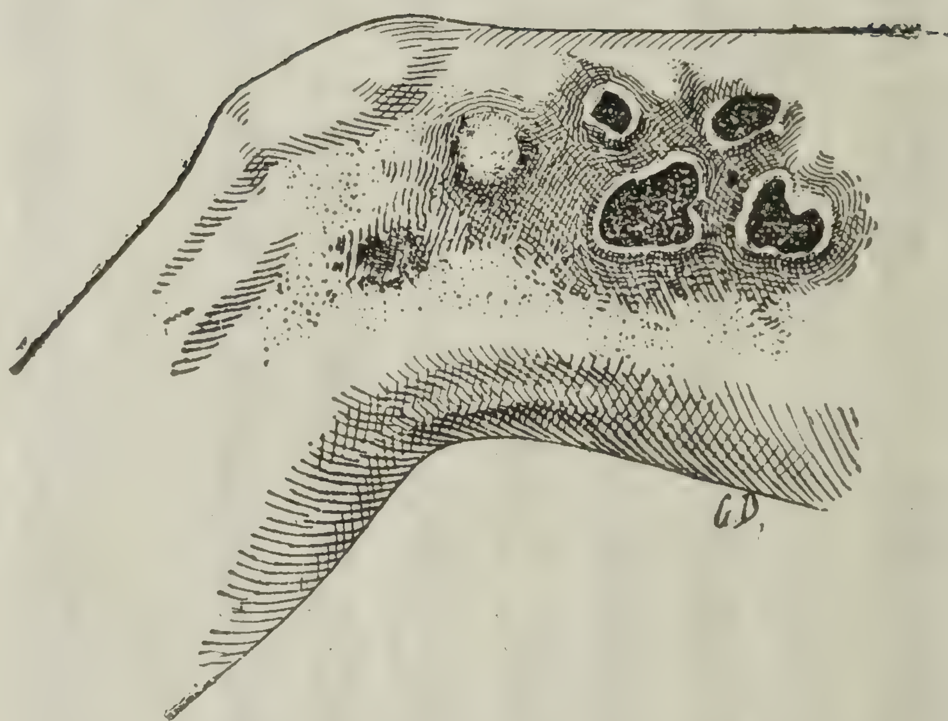


Fig. 25 CUTANEOUS GUMMATA ON OUTER SIDE OF THIGH

大腿外面皮之癰瘤變壞

第三期 Tertiary syphilis 受染後或六個月或至數十年。乃顯出此級期。其特狀為身之連網過長。或僅一處或多處。或汎佈或有定處。屬汎佈者。患處或受患之器官變大而硬。倘不早行療治。則成筋瘢網而永久變硬。若有定處。則成癰瘤。Gumma 無論何網。皆可為癰瘤之基礎。且瘤之起也。雖間有為損傷引發者。然多無一定原由。患處橢圓脒漸增。或有淋巴脒侵入。致瘤漸大。本網為其所變。瘤內血管少。若治之得法。則瘤之脒消散。餘者成筋網。即使瘤甚大。亦或僅留一小筋瘢。否則瘤變壞。初生脂。繼變壞成泗。終則全瘤成膠質形。變壞之故有二。(一)稚所

生之毒素。(二)血管少。有時兼動脉患癨性內衣炎。阻血不能入。　若治法善。全瘤即可消散。但有時瘤變液而穿破。　若死塊甚大。則其一片或仍與鄰䐈粘着而他處則已潰脫。故視之似一塊濕灰皮。間有癨瘤中心之死塊被四圍所成筋䐈包所裹。日久或變爲錯礬。腦、肝、精腺等處之癨瘤多如此。

癨瘤之形狀。依生於皮面或皮下而異。　皮面之癨瘤。初起時。見小紅疣。微痛。繼則多疣屯積穿爛。後成一大瘍。然不難療治。後成一圓痕凹而白。有色質環繞。無論身之何處皆可受患。然以膝下外側爲最尋常。(第二十五圖)　皮下之癨瘤。初起時。或爲硬疣。或爲無定形之增厚。漸大而累及鄰䐈。或遲或早必達於皮面。瘤之中心後有伸縮力。捫之有動浪。畧痛。按之則痛增。週圍之皮變深紅色。或腫大。若潰爛而膠質流出。則成瘍。瘍邊直切而下。其底甚深。有肉芽䐈或灰皮蓋之。　癨症第三期之累及特別器官。如淋巴腺、臟腑、肌、骨、關節、精腺等另詳下文。至於癨症之累及腦系統則屬內科學。

判癨症之結局　判此症之結局。在乎早定診斷。近來發明兩種辨症及治症之法(甲)用顯微鏡查驗初瘡有癨螺䗅否。(乙)用薩伐散 Salvarsan 殺螺䗅。凡該葯能至之處皆有効。　近來所用治法較昔雖佳。然不能必其臻善。海陸軍醫研究此症之機會最多。據彼等之報告。謂此新法實有控制此症之力。吾人希望將來必除去此惡症也。　專用錸療治者三百七十八人中。一年內百

分之八十三病復發。用薩伐散及銾藥療治者一百五十二人中。一年後只有百分之四復發。或謂在染癨症後數日。即用法療治。則百分之九十九可痊愈。若俟血顯伐色曼氏之應效 Wassermann reaction 始療之。只有百分之六十可痊愈。而此六十人。在十五年內仍有復發之虞。若早認明。只用銾藥治之。其功效甚佳。 癨螺雒之毒力輕重不一。在熱道地方受此毒。其狀最甚。且人之受患。有易染及不易染之別。又有不易受薩伐散、銾藥、鋏氯鹽等之療法者。若人先有瘰症或他症在身而後染癨。則結局甚不佳。 按第二期紅疹巳發。宜察受累之多少及淋巴腺受累之大小。以定毒力之輕重。成膿疹者其結局不佳。 除在熱道地方外。罕有患第二期之癨狀而死者。但第三期累及重要之處。如顱腦、脊腦、肝等。則可致死。 若法律家醫學家及多用腦力之人得癨症。最易累及腦系統。或發脊腦後柱硬症或癲癱症。此外更有可稱爲惡性癨症者。此則因所染之毒最甚及因療治太遲之故也。此類婦人患之者較多。且其由第一期變第二期而再變爲第三期極迅速。

遇染毒後未過兩小時。若用銾氯鹽强溶液 Sol. Hydr. Perchlor. 洗此處。再用百分之三十分銾氯弱鹽膏 30% Ung. Hydr. Subchlor. 抹揸之。可免受染。有人曾在猴身種此症之毒。如上法治之。該猴竟未發症。又在人身查得同一之證據。頗有效驗。

癨症治法 ◎ 自查出癨症係螺雒所致後。(與非州昏睡症之螺雒同類)療法因而進步。 醫家用有機砒劑類。 Organic preparations of arsenic 治之。功效初不甚佳。用阿托益 Atoxyl 所阿民 Soamin

等署見效。然多半不妥。且有危險之狀顯出。因久用此類葯。則血中毒。更或引發視腦經枯狀。然耳利 Ehrlich 及哈達（秦豊吉）Hata 兩氏。仍由此方法深加研究。繼則發明薩伐散治法。對於此症具莫大之療效。此葯係黃色末。入水則緩緩溶解。性最酸。用時可射入靜脉內或肌中。然以射入靜脉內爲佳。成人之份劑。爲 0.3—0.6 gm. 溶入蒸水所製之無穉定規鹽水內。又加百分之十五分鈉氿溶液。15% Sol. Sod. Hydras 至澱沉下。再加使沉澱溶解。而成鈉鹽類。然後將以上製成之劑加鹽水共成二百五十或三百西西 Saline solution 250 or 300 cc. 此鹽水之溫度須與身溫度相等。射葯之先。病者須妥善預備。與割症同。前一日須服瀉葯。三四點鐘前不可食物。射葯後必臥床靜養二十四小時。若顯發燒或頭痛等病狀。須仍靜臥。毋急躁。

薩伐散之功效。係能殺血內及鬆䐈內所有之螺旋。但若螺旋既入變硬之䐈（如初瘡之瘢痕）或浮於腦液內。則非此葯所能盡除。然施此療法後數日。硬䐈署變軟。而內有之螺旋多少放出。故再用此葯。即可盡滅之矣。　須注意。若專用薩伐散而不用銶藥。殊屬不妥。薩伐散之功效甚速。且能減短服銶劑之日期。故用薩伐散兼用銶劑爲最速之療法也。

陸海軍醫遇初染之癨症。所用療法如下。（一）注射薩伐散 0.6 gm. 入靜脉。（二）每星期注射銶膏入肌一次。連射五星期之久。（三）再注射薩伐散射 0.6 gm. 入靜脉。（四）又注射銶膏入肌。每星期一次。連射五星期。（五）更注射薩伐散 0.6 gm. 入靜脉。一年內屢用伐色曼試驗法查血有癨症狀

否。初每月查一次。後則三個月查一次。若後顯霉症狀。須再用前法療治。　用此法療第一期之霉。過一年後不復顯霉狀。則可謂痊愈矣。　若遇患霉症者。第二期已發始就診。則須服錄劑多日。或一年方妥。　此等病者。每多復發之虞。故查血之期須二年方為妥善。　用薩伐散治第三期之霉。其功效僅畧助明顯之潰爛狀速愈耳。欲其痊瘉。仍須賴錄氯及鉀氯鹽之功也。　霉症之深損害。如腦網變硬病。薩伐散之功效甚小。

外科士用薩伐散之法。畧有不同。有用內俄薩伐散 Neo-salvarsan 者。其用量畧大。0.75 gm. 又有不射錄劑入肌而製為抹膏抹在身上者。又射薩伐散之相距時間亦不同。總言之。薩伐散及錄劑二者並用。係公認之療霉定例也。　有時用薩伐散後間或顯不幸之乖效。如耳聾或單處癱等。因之而死者。亦有之。但甚罕見耳。　有時用此葯後身體之應效甚烈。此或因螺旋之被滅既多且速。致旋內之毒素散入血內所致。此亦不常見。

自此療法發明後。受益者頗鉅。不僅與病者有關。而裨益公共衛生。亦復不淺。治病之益。前已詳論。至於公共之益。則係此葯能速奏效。可免傳染也。惜此療法有二難處。(一)葯價太昂 (二)須有施此法之人。始得有完全功效。此等公益事。須賴政府籌畫。以為公共衛生之一要務也。

若無薩伐散。醫士仍可用錄劑療治。苟用之得法。服之日久。自能得完全功效。錄之用法有四

(一)服法。用錄顆粉 Hydrarg. cum Cret. 一至三英厘成丸。每日服三次。有人喜加鴉片膏 Extract. Opii

一英厘之四分一。或衣必格雜散 Pulv. Ipecac. Co. 一英厘以防瀉者。亦有服銾氯强鹽溶液 Liq. Hydrargyri Perchloridi 者。惟此有時礙胃功。(二)抹法。用銾抹膏 Unguentum Hydragyri 外抹。不碍胃功。故人多喜用。用此膏約四十至六十英厘。置掌上。用力揉入腋下及胦股溝等處。第一日揉入右腋。次日揉入左腋。第三日揉入右胦。第四日揉入左胦。如此週而復始。輪流揉葯。不宜常抹在一處。(三)薰法。若全身之皮發疹。則以此法爲妙。宜除去衣裳。坐椅中。以毡圍住。置銾氯弱鹽 Hydrargyri Subchloridum 二十英厘於鐵片上。鐵片有脚。立水盆面。盆內載水一英兩。下燃火酒燈。迨水沸。未幾則銾氯弱鹽飛散人之皮面。約二十分鐘。當可化畢。病人出汗愈多。則藥力愈易入皮。薰畢即回牀覆毡休養。(四)射肌法。近來有用特種銾膏注射入肌者。其方列下。可射入臀大肌。每星期一次。此膏葯每十滴內含銾氯一厘。功效甚佳。須按防穢法射之。

Lambkin's Cream

℞ Hydrargyri　℥ss
Adipis Lanæ Anhyd.　℥ii
Paraffini Liq.(Carbolized 2%)　ad ℥v (by volume)
Finished product = gr. i in min. x
Min. x as a maximum dose once a week

凡用銾之時。須留心病人身體。禁酒及一切過度之事。牙齦須常潔淨。六月以內不可吸烟。此可免喉炎。銾之用量。須按人之壯弱而異。壯者畧大。弱者畧小。銾之大劑。宜服四五月。過此之後。則可漸

減。約共一年之久。軟弱人以少服爲佳。若牙齦暑痛。可暫時停用。最妙在二年內每年服銾三箇月。人或不能受銾。若用銾過多。則易發中銾毒狀。Mercurialism 故初用銾以少爲妙。此病起時。如有牙齦軟。易於流血。涎多。舌炎。氣臭。牙鬆。牙窩或變死骨。大便瀉。腹疼痛等病狀。不宜用銾。宜用瀉藥利大便。並用白礬或鉀氯強礬 Pot. Chlorat. 漱口。

鉀碘鹽 Pot. Iodid. 之功用對於瘰第三期及中介級期。能消瘰瘤之質。惟不能敵瘰毒。若恐復發。須兼用薩伐散及銾。鉀碘鹽之服法。初則少服。祇宜用一二三英厘。若本人精神短少。則加錏香酒 Spiritus Ammoniæ Aromaticus 十五滴。又加錏雙氫碳強礬 Ammonii Carbonas 以壯其力。服鉀碘鹽過多及不能受此葯者。或成鼻內膜炎。或兩肩及面發疹如䐈腺炎。或發疱或膿疱。若用鉀碘鹽大劑。宜加納氫強礬。Sodii Bicarbonas 服後宜多飲水。俾易涑。有人喜用納碘鹽 Sodii Iodidum 或錏碘鹽。Ammon. Iodidum 免有鉀劑之乖效。亦有用鉀碘鹽時加洋茯苓 Sarsaparilla 或鉄劑者。

患處治法 初瘡用黑銾溶液。Lotio Hydrargyri Nigra 以防穢紗濕敷之。若有潰爛。則用埃多方糝之。初創可用刀割取。或用烙炙之。或用銾膏 (30%) 抹之。如此可減薩伐散不能達之處之螺旋。泗疣。須常乾潔。用銾氯弱鹽糝之。又用銾氯鹽作膏貼該處。倘喉門爛。服銾後自易瘉。若欲用藥水。則可用防穢藥漱口。或用甘油及銾氯強鹽一分至二千分刷之。 瘰瘤瘍宜先用防穢藥洗淨。後用銾抹膏敷貼。倘不潔淨。則患處變壞。且難免潮熱及臟腑似蠟性變等患。若瘰瘤成膿。則用防穢

法放去。隨用防稚紗挿入。

先天瘻或名胎生瘻 CONGENITAL OR INHERITED SYPHILIS

凡瘻症可由父母遺傳至胎兒。或母孕時染瘻。則累及胎。故人有瘻症。須逾二年後。無病狀發顯。方可嫁娶。尤須先服錄三月。凡胎兒有先天瘻者。多不足月。因子宮內衣成胎盤之處變壞。阻胎養育之理。故胎出時多巳斃。或屢次皆如此。或有一次。其胎兒足月方產出。身體似安然無事。待三星期或三月後。則諸多病起。身漸消瘦。皮色似坭。形容枯緺似年老者。常兼血虧。多起皮病。兩臂顯二大紅色塊似皽脫去者。脚底成鱗疹或粒疹。口角、肛門、脥股溝、陽囊及股接連處等多生泗疣。口唇之泗膜易爛。瘉後則成多放射瘢痕環繞其口。鼻泗膜發卡他耳性炎或瘍。致朒或骨腐。例如鼻梁骨不能生長而陷。(第二十六圖) 脾及肝多變大。 凡小兒有先天瘻。多難養育。約

第二十六圖



Fig. 26 CHILD WITH INHERITED SYPHILIS SHOWING RADIATING SCARS ROUND THE MOUTH

嬰孩患遺瘻口角有瘢紋

一年內即毙。若療治得法。過六月或八月。則初顯之病狀退去。迨過一年後。或顯第三期病狀。多累及牙、骨、眼等三處。

牙 乳牙早出而易蝕。恆牙則畸形。上牙受累者較下牙多。牙釉不堅實。易鏬。故牙尖處彎如弧形。（第二十七圖）

第二十七圖



Fig. 27 HUTCHISON'S TEETH IN INHERITED SYPHILIS

遺瘰之牙形

骨 詳下文二十一章。

眼 瞭發炎。成汎佈性瞭炎或曰瞭體炎 Diffuse or interstitial keratitis 先則一目。繼則雙目。多在十五六歲始起。瞭初炎時。矇混不明。少瘍。日久瞭凸。睛簾及睛圜俱炎。早治之。則可瘉。或有至數年方瘉者。用伐色曼試法試先天瘰可得其效。但在第一期則有至第三期則有無不定。

治法 初知其有此症。即宜調治。若母無乳。斷不可另僱乳母。宜用牛奶等育之最善。用銤抹膏塗於絨帶。將小兒圍繞。或每晚用銤抹膏十英厘抹脚底。約一年之久。待二期之狀全去。始可停抹。魚肝油亦可服。若此後有第三期之狀出顯。則用鈸氯鹽及銤。

癘症又名雅司或莓狀症 YAWS (*Framboesia tropica*)

此係熱帶之地方症。中國人住該地有染之者。亦係一種螺雂所致。Spirochaeta pertenuis 此病之傳

染。多因瘍液內有螺旋而直接傳染於人亦有間接傳染者係由衣服及跳蚤之媒介其特狀為先有肉芽凸起後潰爛而成瘍初起於面起時覺甚痛溫度升高後繞本患處又有他疣凸起或身體他處亦有之潰爛而成瘍如此蔓延先起之瘍或愈他疣或累及深腡使患處成畸形其各狀與癨狀甚相似然用銾與鋏氯鹽療之無甚功效惟用薩伐散療之其效甚速（見皮膚證治）

瘰症又名癆症　TUBERCULOSIS

瘰症者係因瘰桿穉 Bacillus tuberculosis 累及體腡致生多小粒之症也此小粒名瘰粒瘰疣 Tubercle 等。

病原　（一）昔日多謂此症有遺傳之關係近來始知直接受染者最多有家族其子女有易得此症之性然初生時身體並無瘰症後遇生瘰症合宜之機會乃成瘰症瘰症多累及年幼之人然無論老幼皆可患之且年紀雖不同而所患症候則無異。

（二）身體虛弱而抵病力單弱即係瘰症之先導且小兒患各疹熱症後或患啼嗽症及他種小兒症時瘰症即因之而發有時喉腸等洄膜炎亦能引發瘰症成人者患痒症、傷風、感冒等而不施治或常用力過度亦可生此症。

（三）居處不宜衛生及呼吸之氣不純如房窄人多等皆可為瘰症之先導。

（四）或體腡有瘰桿穖喜居之處。因而孳生。如淋巴腺或骨或關節患慢性炎等皆是也。或受傷後盈血則該處亦可爲穖入之途。

（五）患瘰之定因。則惟瘰桿穖。此穖有長 4 至 5 μ 寬 0.2 至 0.3 μ 或數穖相連而方向各異。用寫勒泥勒森氏染色 Ziehl-Neelsen stain 染之。則變紅。在育穖質內孳生甚緩。以多氱爲妙。牛瘰症及人瘰症。多以爲相同。蓋牛有瘰症。飲其乳。則易傳染於人。牛瘰症穖多累及淋巴腺、骨、關節等處。人瘰症穖。則致肺瘰及全身急性瘰症。

瘰穖入身體之原因　（甲）因吸氣而起者。如痰內有此穖。乾後隨風飛揚。人若吸此。即能受染。或人咳嗽及言語時所出之氣帶有瘰穖。若被吸入。先則累肺或氣管之淋巴腺。

（乙）因飲食而起者。若飲瘰性牛乳。則由是而入。先或由胃至累腸及腸懸膜淋巴腺等。

（丙）由種染而起者。甚少見。當割屍時受傷被染者是也。

驗穖室之診斷法　穖多藏於痰。倘用寫勒泥勒森氏染色察之。則易見。若穖在尿、膿、胸膜炎之液等處。則穖甚少而難察。此宜用他法察之。例如用尿等射入荷蘭豚皮下。待三星期後剖驗。則可見淋巴腺變大。有瘰穖在內矣。尙有一法。係用瘰穖素 Tuberculin 射入人之皮下。若有瘰症。則數點鐘後身即發熱。若無瘰症。則不然。惜此法或有危險耳。詳歐氏內科學

病腡　查瘰症須查粟𤺋粒。Miliary tubercle 該粒之直徑約千分米之二三 (2—3 mm.) 人眼恰能窺

見。此粒初生時。軟而淡�povou色。日久色黃。因變脂故也。多粒合爲一大粒。欲詳察此粒。宜用顱腦衣或肝腎等之有癧質者。則見粒中有巨胅。Giant cell 較血之紅胅大數倍。胅內近胅色膜處有核甚多。而巨胅外亦有多層膚胅環繞。膚胅外更有多層淋巴胅。此癧粒內。即有癧桿䅵可察見。(第二十八圖)

癧粒之發生。䅵至腡內之小淋巴穴或細血管。致一處腡之內膚胅增多。此增多內膚胅之元漭相合而成爲一大胅。(即巨胅)內膚胅之核多分而成巨胅內之核。至於多層淋巴胅。則或由血管來。或由內膚胅萌芽而成。皆屬不定。

第二十八圖



Fig. 28 TUBERCULOSIS IN AND AROUND GIANT CELL

外內胅巨在䅵桿癧

癧粒之變　有三　(一)成筋腡 Fibrosis　若患者強壯。䅵力不甚大。則內膚胅成筋胅。漸多連腡。成一連腡球。

(二)變壞似豆腐 Caseation　癧粒中間初變脂。日久則全變似豆腐質。以顯微鏡驗之。不見有胅。與酸染色有緣。有時似豆腐質之四圍有筋腡環繞。繼則似豆腐質漸乾。或成錯礬。雖其內或尙有活䅵。但不能作禍。因有筋腡環繞也。

第二十九圖



Fig. 29 TUBERCULOUS ULCERATION OF LARGE INTESTINE × 30
a, Mucosa; b, submucosa; c, inner transverse muscular coat; d, outer longitudinal muscular coat; e, serosa; f, tuberculous focus in solitary gland; g, mucosa infiltrated with cells; h, tuberculous ulcer; h_1, focus of softening or tuberculous abscess; i, early tubercle, with giant cell in centre; i_1, caseous tubercle.

大腸瘰性潰爛

a 洄膜　b 洄膜下層　cd 肌衣　e 潤膜　f 單淋巴結內之瘰

g 洄膜被胅所侵　h 瘰瘍　h_1 瘰瘴　i 瘰粒早期其中有

巨胅　i_1 瘰粒變似豆腐

(三)成慢性瘰瘴 Tuberculous abscess 因権力大。致鄰近多生瘰粒。成一大球。中變似豆腐。或有液入內。生似膿質。此即所謂慢性瘰瘴。瘰瘴之膿或極淡似牛奶。易於流出。或極濃。內有許多似豆腐塊。以顯微鏡查之。有時見有瘰稚及可詠司特林(胆渣素)晶。瘰瘴之壁即一層肉芽胭所成。色黝。有甚多之粟形粒。此壁外另有一層筋胭環圍瘴外。可用手指或刮匙將肉芽胬胭除去。俾與筋胭相離。慢性瘰瘴漸大。

則壓腦經至痛。如瘒淺而患者壯健。則膿及似豆腐塊易由皮穿出而癒。然此不多見。蓋瘒壁尙有瘰粒。阻礙收口。致成瘰瘍。洄膜亦然。其下層多生瘰粒。壞後則生膿穿出。亦成瘰瘍。底較面尤濶。肉芽多有瘰粒。瘍邊有淋巴脒甚多。（第二十九圖）

深瘒之膿。多順從筋膜而行遠。來至皮面顯出。如腰髋肌瘒。其膿由脊骨起。順從腰髋肌之膜。遂由大腿內側面穿出。　有時成似豆腐質已數年。忽復發作。成似豆腐質變膿。亦祗在舊跡處成瘒而已。非不能累及身體。苟放膿及洗淨。則易痊愈。

瘰症散蔓　其徑有三（一）循淋巴管及血管而累近處之腡。（二）累遠處之器官。如骨、關節、淋巴腺等有瘰。瘰毒能上入血管至肺。成肺瘰症。（三）急普遍性瘰症。Acute general tuberculosis　身溫度高。速於消瘦。泄瀉。氣促、昏譫、數星期斃。

治法　瘰乃傳染性症。宜設法防範。其法略舉於左。

(一)全身治法　病者宜多吸無穢新鮮空氣。若係外科瘰症。宜居海邊暢適之處。但居於山嶺。而樹木不甚多。土地乾燥。多得日光之處亦可。若病者不能至海邊。亦不能至山嶺。則在家中院內。或屋頂上居住亦佳。至於衣服。必須溫煖。飲食必須滋養。易化之品。如牛乳、牛乳皮、鷄蛋、新鮮牛羊肉、肥醃猪肉等。均可加增病者之精力量。每星期必用秤秤病者之重量。若漸漸重則爲佳兆。運動不可太多。免耗其力。若脊骨或下肢有瘰病。須常臥於病車上。葯料如魚肝油、硃强礬、鈙氯鐵、有機

類氣劑。怪阿克及砒類之補身等葯皆可服之。

近來醫家有用瘰穉素 Tuberculin 治此症者。分數類。先備者爲瘰穉素O。Tuberculin O (TO) （O字之意義等於上字）係用育穉質上初生之穉。乾而研之。後加水置於遠心力器疾轉之。所得之溶液。即爲穉素O。又有一類。係將瘰穉素O Tuberculin O 置於遠心力器內疾轉之。所得之溶液。令沉澱。然後棄去沉澱。將此清溶液再置於遠心力器內疾轉之。再將所得之溶液。依前法去沉澱。如此數次。至清溶液無沉澱爲止。即將此數次所得之溶液攪勻。（但 Tuberculin O 溶液不在內）此名爲瘰穉素R Tuberculin R (TR) （R之意等於剩字）

又有最新瘰穉素。乃用乾穉體與甘油研勻。此稱爲新瘰穉素 New tuberculin 或瘰穉勻。Bacilli emulsion (BE) 又有用人類及牛類瘰穉作一瘰穉素。名曰瘰穉素PTO Tuberculin PTO 所用之分劑。雖醫家未定若干爲合宜。但在外科瘰症。初用時小分劑爲妙。若小孩初用時。可用 0.00001 mg 射皮下。後則漸加其分劑至 0.001 mg. 若成人初用時。可用 0.0001 至 0.0002 mg.。

或服食此葯亦可。用此葯時。須每日查視病者之溫度、脈至及重量。以斷功效之佳否。 凡射此葯每次須隔十日至十四日。若病者有雜染。切不可用此療治。 此葯對於瘰病有時功效甚大。有時不見效。故須同時兼用平常衞生之法。

(三)患處治法。（非手術）先除去患處一切激惹之由。若能使患處安靜不動。及勿受壓。甚好。患

在關節。可用石膏帶或夾板夾定之。患在脊骨或下肢。可用垂法或躺臥以除去身之壓力。患在精腺。可用帶將陽囊兜起。患在淋巴腺。則最要者勿使他穉雜入。患在頸淋巴腺。須小心其牙潰爛、腭扁桃炎等病。或唇有瘍或頭有虱。或耳炎。均須預防之。　此外可用起皰藥及氯酒或司可特氏銶氯雜膏等藥。或畀耳氏盈血法治之。Bier's method 亦有用黃氯漿射於患處者。或用鉦氯鹽使患處變硬。此乃令患處之血多來。而生天然之自愈法。

(三)手術治法　當以上諸法無效。或顯意外加雜患。(如患處生膿等)或患勢蔓延不能僅持其天然之自愈等時。則可用手術治法。若能割除患瘰之全界。實爲治此症唯一之妙法。有時竟可不另用他法。例如頸淺淋巴腺患瘰而不易愈。則以割除之爲法之最善者是也。至於其他多種病況。如骨或關節患瘰等。則宜割去全肢。惟如此療治。顧尙與許多問題有關係。理合詳察。例如割術所冒之危險。割時汎散之瘰質或入全身。割口或鄰腡受染。以及割後之結果如何等等。皆是也。僅割患處。其功效常無定。割後之療治多需時甚久。然人身天然之自愈亦復無定。或且較難。而瘰患汎佈之虞或不可免。是以是否應用割術最終之判決。必雖詳審(一)症之級期之遲早。(二)患處之位置及大小。(三)症之性。或急或慢。(四)身之抵抗力若何。(五)對於病者衛生之情況若何等。

有時須用減狀手術。如割除患處一部。或只刮去病腡之大半。後用强力之殺穉葯揸之。(如濃卡波利)再用埃多方塞患處。所希望者。即漸漸生肉芽腡而愈也。(如瘰痛、瘰腺炎、瘰骨、均按此法而

治。雖日久必能痊癒）但割病後須守衛生法。並須多吸新鮮空氣。　若病者患瘰之處不止一所。如肺瘰兼關節或他處瘰。按法療治而不見效。此則或宜將患處之一。全然割去。則他處或竟繼之而速愈。　瘰症特累及皮、骨、關節、淋巴腺、腎、精腺等後詳論之。

慢性瘰瘴治法　按其淺深而定。淺者治之甚易。深者。如近脊骨等及緊要之處。須格外小心。

（一）近外面生者。如淋巴血管有此症。至妙在概行割去。若瘴衣粘貼腦經血管等。則用刮匙除去所有瘰質。後用流卡波利酸。或鈺氯鹽四十英厘。和水一英兩。抹瘴壁。若不能一次遂癒。則用防穢紗。充滿瘴穴。則漸生肉芽而癒。

（二）皮薄而膿將出時。以早放爲妙。放後用剪剪去一切受患之皮。以流卡波利酸或鈺氯鹽蘸之。並用防穢紗合埃多方散塞入瘴內。倘其瘴大。如腰㿂肌瘴。則既放膿後。宜用引流管插入。更須留心用防穢法。以免後患。

（三）瘴深者須將膿放出。並將其內瘰膜全除去。或以大套針入瘴內。將膿放出。用無穢鹽水。由針處灌入瘴穴。此鹽水之熱度一百零五至零十者。同時輕手按瘴外之壁。令似豆腐質及瘴之膿膜脫離。隨鹽水而出。迨此水清時。用埃多方甘油。即埃多方散十分合甘油九十分。Iodoform in glycerine 10%　由針處灌入。間或如此療治一次即癒者。倘欲查瘴底有腐骨否。須割開。用手指入內。脫去瘴膜、將腐骨除去。凡用埃多方甘油灌瘴。切不可用埃多方散過一英錢。若逾三四星期後。膿復滿。則再照上法施治。換藥時。更須留心用防穢法。

[疒秦]症　GLANDERS

此乃驢馬所患之症。因[疒秦]桿稈而起。驢馬患此症。則鼻洒膜潰爛。致軟骨與骨俱腐。頸之淋巴腺大而潰爛。此症多屬慢性。數年如此。若一旦有所激惹。則驟發急性病狀。六至十二日後即斃。

人染此症。多屬馬夫。初由手與面起。急性者。其伏期約三五日。而病狀顯出。身體不舒。骨痛。關節痛。傳染之處紅腫。淋巴管大而炎。患處有細粒環繞。似豆形。不久則潰爛。成一大瘰瘍。若近骨處。則累骨衣及骨。若累臟腑。則變重病。十日而斃。慢性瘰。其病狀與急性瘰相似。但其病期較緩。或累鼻洒膜成瘍。或累別處成慢性瘴。若調治之。百人中可瘉五十。

診斷 與疽症畧同。須查有瘰桿穉否。及詢病人之職業。便可判斷。慢性瘰症與瘰及癰二症相似。若有所疑。則詢症之來由及用育穉法查之。便明。

治法 多是難瘉。惟早將患處除去。或用刮匙刮淸。以潰藥蘸之。庶可有望。無論急性慢性。均宜如此。

癩瘋症又名大瘋症 LEPROSY

此症。因癩瘋桿穉而起。此穉似瘰桿穉。與酸類染色甚有緣。察其瘋質。則易見有多穉在䐈內。此穉不能培育。亦不能種於人與畜。先五六百年。西國亦多有此症。自設立癩瘋院收養後。則幾無矣。此非由遺傳而來。乃屬摩接瘴性症。如平日與患者互相貼近。則有時可染之。惟染力甚小。

第三十圖



Fig. 30 A GROUP OF LEPRA CELLS WITH BACILLI STAINED FROM THE SUBCUTANEOUS TISSUE ×1000

癩瘋桿穉在皮下之䐈內

病狀 癩瘋有二類。即疣癩瘋。及腦經癩瘋。

疣癩瘋 Tuberculated leprosy 其伏期。或數月。或數年不定。起時。身體不舒。消化不良。大便泄瀉。頭暈。身熱。或寒顫。皮顯紅點。較皮微高且痛。此點在頭額兩頰。或大腿外面。或手前面。未幾即無。不久身又熱。復起新紅點。日久則數點織合成疣。或與小鷄蛋之大小同。全身俱有。如面有疣顯。則面形如獅子。此疣或全消去而成斑。較皮低。或潰爛。迨累及臟腑時。身亦熱。淋巴腺大。

久則精腺漸消瘦。不能致孕及受孕。 致死之故。因嗓閉。或臟腑有病。或傷口有膿稭入。成染膿稭症。 其疣。乃肉芽胭所成。內有大脒。中藏痲瘋桿稭。(第三十圖)

腦經痲瘋 Nerve leprosy 其伏期與上同。及初起時。身體不舒。腦經獨痛。其腦經即臑腦經、臂中腦經、腓骨腦經等。肌已失力。不久則肌、骨、關節俱失養。全身之皮。顯有白黃色點。或合成大塊。其旁高而痛。其中則乾而色白。失感覺。手之肌漸消而縮。致指拘攣或指骨消。後其甲亦脫。腦經被累而大。按之如繩。惟精腺不消瘦。情欲仍照常。且臟腑被累較輕。日久則精力耗竭。患加雜病而斃。

治法 惜未有藥能治此症。有喜用大楓子油。Ol. Gynocardiæ (Chaulmugra) 令內服。或外搽。畧可見功。有用銻氯强鹽射入肌內。畧見效。而砒藥及那司忝 Nastin 亦有人用。

菊形菌症 ACTINOMYCOSIS

此乃牛類所患之症。因菊花形菌而起。累舌或頷。致多生白筋胭。使其舌如木一般。若成膿。則膿內有菌。人亦有患之者。農人患此者多。乃菌由腐牙或腭扁桃而入。則起是症。倘與食物齊入。則累育道。由呼吸入。則累肺。其外面顯出之疣及膿。皆有菌在內。最通行患在頷角之部位。初起時。顯有一團光滑而色紅者。日久則紅處顯出多疣。漸生膿。內有菊形菌。膿出後。其疣收口。成爲白筋胭。但近處復起。生生不已。遂合各疣織成一大毬。(第三十一及三十二兩圖)

治法 以刀或刮匙除去其病胭。若累臟腑。則多服鉀氯鹽爲妙。宜用二十或三十英厘。每日服三次。

馬都拉足症 Mycetoma or Madura foot 此症與菊形菌症畧相似。印度與他熱帶之處常有患之者。多因赤脚行路。受微傷而有此菌傳入。後即於傷處紅腫而顯有黃色或黑色疣。此疣潰爛而出膿。膿內有黑疣。此即菌所生漸漸全脚被瘴所

累。而變其形及功用。有時小腿亦受累。此爲甚慢性之症。只於患處蔓延。但不累及週身。

治法　先用刮匙刮清。若不愈、則割去其一肢。但用鋏氯鹽則無功效。

MADURA FOOT

第三十一圖

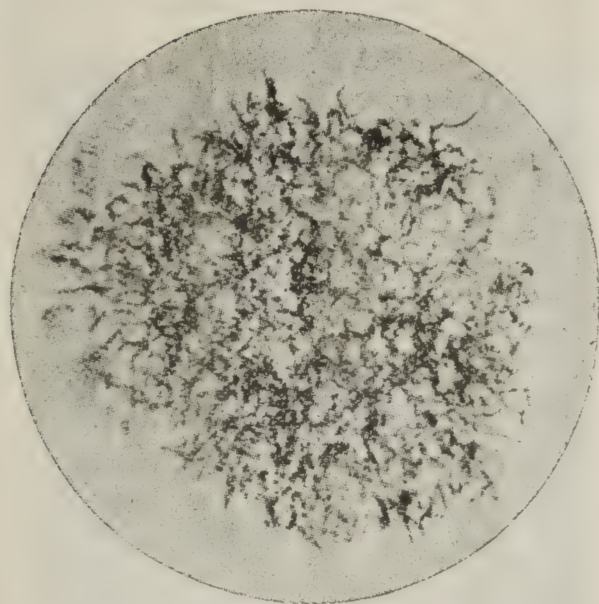


Fig. 31 COLONY OF HUMAN ACTINOMYCES AS SEEN IN PUS

菊形菌在膿內

第三十二圖



Fig. 32 CERVICO-FACIAL ACTINOMYCOSIS

面頸之菊形菌症

第九章 瘤及袋瘤 TUMORS (NEOPLASMS) AND CYSTS

平常瘤字之意義甚泛。凡身體各處之腫大。無論或虛或實或本膶過長或另生新膶而成者。有時皆名瘤。然本書所用之瘤字。則有定義。係指一塊能生長或生長不息之新膶。又名贅性瘤癥 Neoplasm 等是。瘤與炎性膶過長 Inflammatory growths 不同。瘤係逐漸生長而無標準的止境者。炎性過長則或遲或速每變成筋瘢膶。或且全然消去。瘤與單純性膶過長 Pure hypertrophy 亦不同。單純性過長每因體功增加而起。如臂雙頭肌增大等。係正當膶(即本膶)發達過度。非似瘤之因另生新膶而成者。胎生性過長 Congenital overgrowth 之爲一肢或肢之一部份所患者。則又不同。如巨人症 Gigantism 蓋係正當膶之十分發達過度。固不可認爲瘤者也。

病原 因損傷或激惹而起者不少。例如乳腺之腺膶性瘤 Adenoma of mamma 常因受擊所致。舌生鱗胅疽因被獮牙擦損而起。是也。葯之激惹。如湍、煤油炭烟等。亦是也。然大都無遺傳性。至於地方性之關係。依現今醫界之研究而論。則疽瘤多在樹木叢生土地卑濕常有水潦之處發生。又宅宇亦有使居人易患疽者。此則人或以爲遺傳性。 年齡 患瘤之年齡與瘤之類別有關係。順瘤 Benign tumor 無論老幼皆可患之。然亦有數特別者。例如乳腺瘤及子宮瘤僅在能受孕之年齡有之。此其一也。至於惡瘤 Malignant tumor 則年齡之分別較昭着。疙中年以前患之者多疽 Carcinoma

中年以後患之者多。

(二)瘤發生之理論甚多。惟撮其要者有之。玆詳論之。(一)有謂瘤爲寄生物所致。因惡瘤與傳染症相似。若比較疽症與瘰症。均由原發處而起。後蔓延累及他處。並傳子瘤至遠處。然此係由表面觀之。若詳細查之。則知瘰症之穉。因由血及淋巴管而行至遠處。致該處發炎而生瘰疣。但疽之子瘤乃因疽胅被血輸至他處而生。昔日病理學家所謂之疽寄生。今始知乃血白胅或紅胅變壞而成之物。又有人云由疽內已查出蔚芽菌。將此菌射於畜體。能致畜生疽。然多不以此爲準確。近來人研究疽之來原及性質。雖未查定。然亦多得輔助。有用小鼠以資研究者。凡乳腺瘤、疽瘤、疙瘤、胅瘤等。均可傳至同類之小鼠。又有用小鼠將疽傳至老鼠者。但不久即漸漸消散矣。　種時必種一活胅。方可得效。所種之胅。自生而大。故每種於小鼠身。其結局乃生一疽。再將此疽種於他小鼠。則必又得一疽。如此屢種。則所生之疽。增至數磅重。由此可知。惡胅特有孳生之能。但須遇合宜之胐。方顯此能。　種瘤不與種瘰症及他傳染症相似。用瘰症種於人身。所種之胐胅速死。而瘰穉仍存。致令患者體胐受惹。而生瘰疣。疽症乃胅自生而加多。然不致被種者之胐胅改變。如此可云疽症與寄生症相似。疽症果係寄生物所致。此寄生物必在疽胅內。用此研究法查之。所種者多半無效。如此可知被種之畜。其體胐及血非合宜不能有效。然有數瘤。其性甚烈。種後大約有效。若屢種之。其烈性加增。　再者畜有免瘴性。有天然者。有後天者。其天然者。乃種疽於畜身。而不生效力。後

天者。係將不烈之疽。種於畜身。俟其生有抵抗力後。再將烈性之瘤脒種於其身。（此瘤種於平常之小鼠則有效）則亦不生效力。蓋因已得免瘳性也。

（二）胚胴成瘤之原因 Fetal residues 或謂成胚時。有少許脒誤入他層。則成瘤。如肞瘤乃因胚中層脒誤入他層而成。皮雜胴袋瘤乃因胚外層脒誤入他層而成是也。

（三）因體胴之緊張 Tissue tension 有缺蓋膚脒下之連胴薄弱。故膚脒增多而侵入連胴內。並累及鄰近之胴。此則對於年老人患疽之理相近。因老時體胴衰弛也。然此理有多人不以為然。

瘤可分惡順二類

順瘤 Benign tumors 有衣包圍。不侵入鄰胴或祗一個。或合數個而成。用剜割術。則易出。割後不復發。順瘤有係遺傳而來者。但順瘤不生子瘤。亦不致人弱。若不壓要緊之器官。亦不致命。

惡瘤 Malignant tumors 若不割去。必至人死。其特別性如下。（一）原發瘤單獨發生。（二）逐漸侵入鄰胴。快慢不定。（三）侵入鄰胴而佔其位。無衣包裹或有亦不完全。故無界限。又有由鄰胴而前進者。割去時以目視之。似盡除去。然已蔓延累及鄰胴。故仍有復發之弊。（四）惡瘤若累及皮。則致皮潰爛而有雜穢滲入。故患處常為甚臭之惡瘍。（五）易生子瘤（繼發瘤）因其脒易脫入血內。或成漂團而隨血運至他處。（六）至終。人即衰弱。因患處甚痛。患處之毒素㖡入身內。以及患處壓於緊要之器官等。致病者甚瘦。面帶憂悶之容而變土色。平常溫度不甚高。然瘤潰爛或骨疽生長甚

速。溫度即高。(七)早晚必致命。　惡性不一。有只累患處者。有累全身者。蝕瘍之前進甚慢。不傳子瘤於臟腑。只因要緊之器官而致命。黑疟瘤不然。先起者甚小。然其子瘤累及臟腑甚廣。疟瘤循血運而傳。故淋巴腺少受其害。疽瘤乃由淋巴管而傳。故淋巴腺先受累。但腺胭性疽累及淋巴腺及臟腑。鱗狀疽則累及鄰近淋巴腺而少累及臟腑。　總言之。惡瘤之組織與順瘤組織不同。因惡瘤之組織。與本處正當胭不相似。順瘤則反是。如腺胭性筋瘤。生於乳腺內。則與乳腺胭相似。但腺胭性疽生於此處。其胭與乳腺胭不同。故瘤之組織。愈不似正當胭則其性愈惡。

瘤之分類　依瘤之胭。分爲四大類。

(一)由連胭所成者 Tumors derived from connective tissues　(甲)似胚之連胭。如疟瘤是也。(乙)似成人之連胭。如洇瘤、脂瘤、筋瘤等是也。

(二)由膚腠所成者 Tumors of epithelial origin　(甲)莿狀瘤。如莿瘤。(乙)腺狀瘤。如腺胭瘤　(丙)異狀瘤。如疽瘤。

(三)由內膚腠所成者 Tumors growing from endothelium　如內膚腠瘤是也。

(四)包括他胚一部所成者 Tumors formed by inclusion of another embryo　如胚雜胭瘤。怪胎瘤是也。

（一）由連腡所成者 EMBRYONIC CONNECTIVE TISSUE GROUP

（甲）由胚類連腡所成者

疕 Sarcoma 疕瘤有連腡胅及架腡。細心察視。胅間每有絲連腡。疕胅與發炎之胅。雖畧似。惟發炎之胅。日久不受激惹不增多。疕胅則日久自漸增多。且發炎之胅。由惹所致。而疕胅因何故而生則難知。疕有多血管。或致有搏動。壁甚薄。係內膚所成。近疕之血管亦大。疕內甚易流血而成血袋。靜脉與疕內之隙相通。疕腡軟而易脫。苟漂往他處則又成一疕。日久。疕變爲脂。則成脂疕。或變爲洄。則成洄疕。此疕生於少年及中年。胎兒亦有之。疕有五項。論列如下。（參觀病理學）

第三十三圖



Fig. 33 SMALL ROUND-CELLED SARCOMA SHOWING THE ADVANCING EDGE OF THE GROWTH INFILTRATING MUSCLE AND SALIVARY GLAND (×120)

小圓胅疕　小圓胅侵肌及涎腺腡

（一）圓胅疕 Round-celled sarcoma 或屬大圓胅所成。或屬小圓胅所成。其架腡皆少。小圓胅疕甚惡。早累臟腑。大圓胅疕少見。其長較慢。有一類曰淋巴疕。Lympho-sarcoma 起於淋巴腺。而由淋巴管

蔓延甚速。(第三十三圖)

(二)梭形脒疕 Spindle-celled sarcoma 其脒或小或大。小脒多由筋膜而生。大脒則由筋裥或臟腑而生。另有一類甚似筋疕。由白筋生成。有衣包裹。倘割除之。極易復發。每割一次。其惡愈甚。終則變爲梭形脒疕。(第三十四圖)

第三十四圖



Fig. 34 LARGE FUNGATING SPINDLE-CELLED SARCOMA OF THE FOOT

梭形脒疕成菌形

(三)窩疕 Alveolar sarcoma 疕瘤內有各小窩。乃架裥所成。窩內有脒。每脒間有纖絲連裥。此類瘤。或爲內膚脒所生。大約由皮而起。有時成色瘤。其性最惡。

(四)黑疕 Melanotic sarcoma 此爲最惡。且速累淋巴腺及臟腑。由有色之裥而生。如睛膜及皮等處。由睛膜生者。其脒係梭形。有色粒在其內。此確爲疕瘤類。最易生子瘤。更易累肝。由皮生者。多由黑痣而起。有窩疕瘤之形狀。昔日則以爲疕瘤。近來病理學家。均以此瘤爲疽類。其色粒排列不齊。有在裥間。有在窩內。亦有在脒內者。且有無色粒之處。亦有最黑之處。此色從何而生。尚未查明。若不速割取。必先累及鄰近之淋巴腺。且有子瘤傳至臟腑。本瘤雖不甚大。其所生之子瘤甚

多。身之各器官皆可受其累。

疙之治法 愈早全除去愈妙。若不能割取時。可用銳或X光線療治。有時見效。若用X光線。每星期二次。每次一小時。但須注意。不可常在一處施此療法。以免燙傷。若用鐳。則可埋於瘤內二十四小時。又可利氏所製之溶液。Coley's fluid 係由膿鍊點稃製成。此藥甚毒。射入皮下。初用半滴。漸加多至七八滴。一星期一次。或二次。宜射之處在腹皮下或疙內。見效者以梭形疙爲多。

第三十五圖



Fig. 85 MYXOMATOUS TISSUE SHOWING THE STELLATE CELLS WITH THEIR BRANCHING PROCESSES SEPARATED BY TRANSLUCENT INTERCELLULAR SUBSTANCE

洇瘤䐈 指明其多邊之脒及脒間之澈質

(乙) 由成人類連䐈所成者
ADULT-TYPE CONNECTIVE TISSUE GROUP

洇瘤 Myxoma 此瘤係連䐈脒及脒間之似洇質所成。其脒多角及有枝。(第三十五圖) 此瘤乃圓塊或葉形。多生於腸及膀胱或他洇膜等處。亦有由腦經鞘而起者。且於脊腦多見之。

脂瘤 Lipoma 或一瘤或數瘤同生一處。或分生各處。在一處生者全瘤皆軟。係多小葉織成。(第三十六圖) 若在皮下而起。則瘤之衣與皮粘着。倘移動其瘤。則相連之皮凹入。瘤有衣。且易搖動。

惟發炎後則不能動。因其衣與皮粘着也。有時皮下脂瘤垂下成蒂。生於大腿者更易如此。有者易誤認爲慢性癉。但脂瘤有界根。且有葉形。捫之可得其邊。左右動之。皮則成數小窩。慢性癉不然。界限不定。其邊不似脂瘤分葉。脂質遇身之溫度。即成流質。故按之則有動浪。與慢性癉同。　如生在

第三十六圖

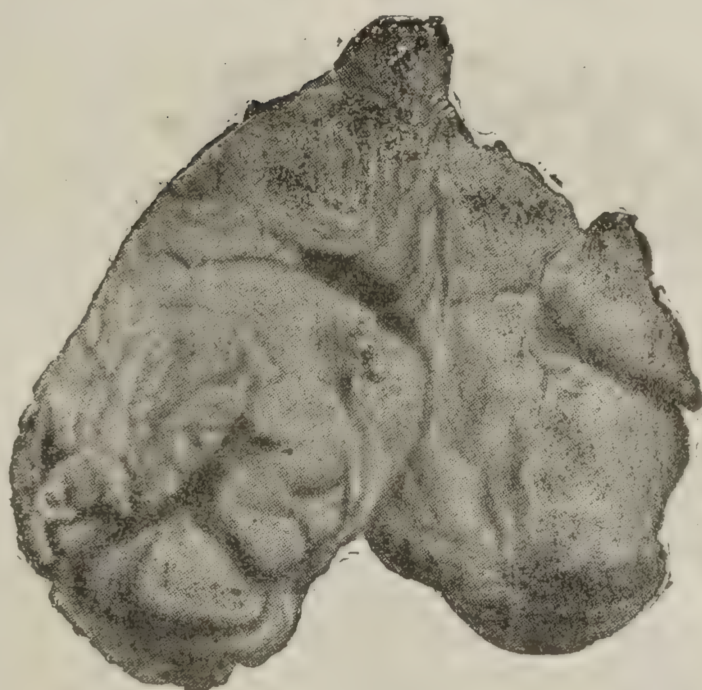


Fig. 36　LIPOMA SHOWING CHARACTERISTIC LOBULATED OUTLINE

脂瘤　指明其葉形之圖

第三十七圖



Fig. 37　DIFFUSE LIPOMA

無定界之脂瘤

肌中。易於誤認爲疙。然亦有生在骨衣者。多爲胎生。因有肌蓋之。易誤認爲慢性癉。　顱骨衣脂瘤。與生於骨衣者同。大約係胎生。有時瘤下之骨被壓成凹。有時血管多。則成血痣脂瘤。　又有生於

第三十八圖

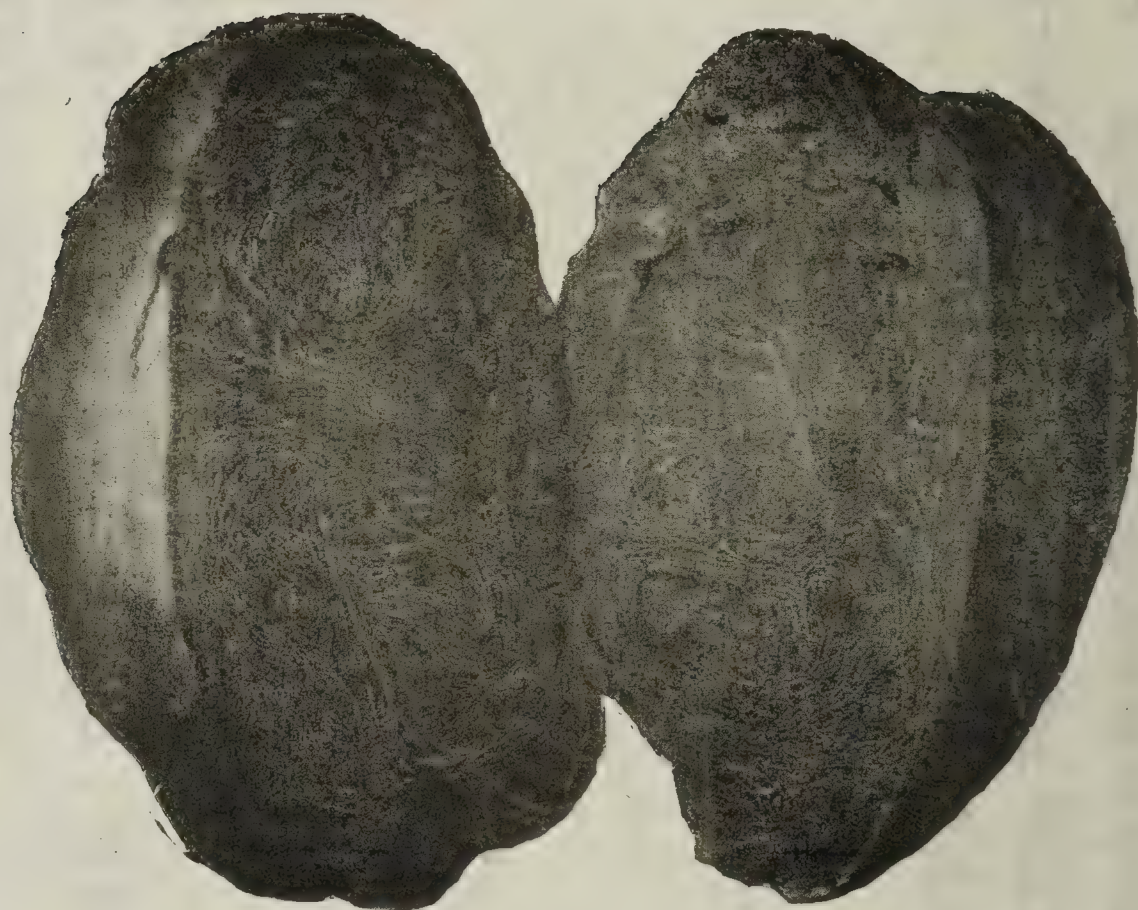


Fig. 38 SECTION OF HARD FIBROMA

硬筋瘤剖開之圖

腹膜下之脂瘤係由該膜之脂網而起。多在腹下段有之。或由腹入腴道及股道。亦有過腹白紋而成脂疝者。Fatty hernia 另有一種無定界之脂瘤。即皮下之網變脂。多生於頰下、項、腴骨上處等。此類屬多數性。亦有相對之性。多飲啤酒而少運動之人易生之。(第三十七圖)

治法 須全除去爲妙。若有鬆膜包裹則易動而易於除去。宜用手按瘤令勿動。割開其皮及其膜。瘤即自出。倘瘤網與瘤膜相連。則須緩緩將瘤割出。無定界脂瘤先以牌腺膏葯服之。Extr. Thyroid. 每晚五厘。若久服不效。須用割法治之。

筋瘤 Fibroma 乃筋網所成。其瘤或硬或軟。(第三十八圖)

硬筋瘤。 Hard fibroma 白筋多。連網胅少。血管亦少。惟在瘤衣。或有靜脉甚顯。故潰爛恐多出血。屬此類者。有牙座筋瘤、瘜瘕瘤等名。

軟筋瘤。 Soft fibroma 由皮下連網起。有一類生有蒂之疣。名軟筋疣。Molluscum fibrosum 此疣大小不等。有時全身俱顯。（見皮膚證治）

第三十九圖



Fig. 39 MULTIPLE CHONDROMATA OF THE FINGERS

指之多朊瘤

朊瘤 Chondroma 由骨或朊而起。係澈朊所成。日久易變爲錆礬。若由長骨起。則由骨衣下而生。如生至甚大。則壓及腦經血管等。若所壓者爲密實骨。則骨易斷。其由指骨而生者。則起在骺朊處。每數顆同生。（第三十九圖）若由骨幹而起。多生於骨衣之下。與骺朊無關。有言此瘤。因患骨軟症時。有小塊骨朊離位而生。漸漸生長而成葉形之大瘤。若不壓腦經則不痛。有時侵入骨髓。致骨幹脹大。或壓實骨。而使骨幹自折。若不早割取之。必致割去一肢。

治法 割去瘤衣。並用刮匙除朊質。倘不能如此。萬不得已則可將肢截去。

骨瘤 Osteoma 有二種（一）鬆骨瘤。（二）密實骨瘤。

第四十圖

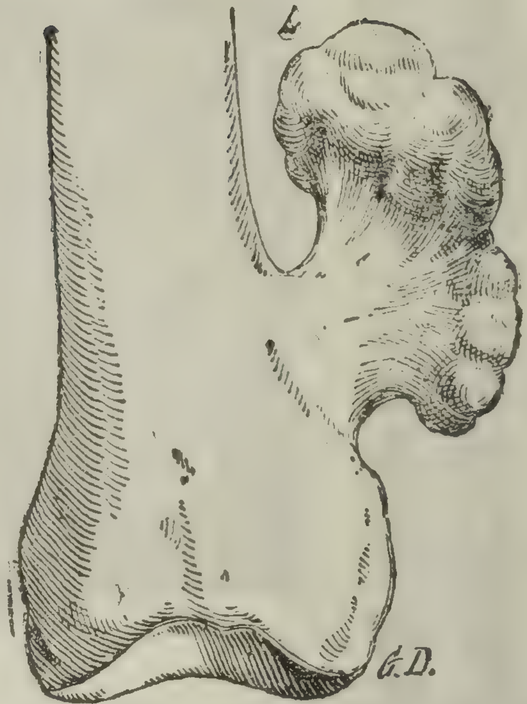


Fig. 40 CANCELLOUS OSTEOMA OF LOWER END OF FEMUR (SEMIDIAGRAMMATIC FROM A SKIAGRAM)

骶骨下段鬆骨瘤

第四十一圖



Fig. 41 THE SAME WITH OSTEOMA DIVIDED LONGITUDINALLY TO SHOW THE EXTENT OF THE INVESTING CARTILAGE

骶骨下段鬆骨瘤切開指明其包朊之圖

鬆骨瘤 Cancellous osteoma 乃由骺朊而生。或因骺朊脫離一塊。入於他處。致成骨瘤。此瘤於少年人身體易起。或一顆或數顆不等。多生於骶骨內輪。由趾甲下生在脚大趾骨。約大如果核。(第四十、四十一、四十二圖)此瘤最痛。可先取趾甲。後將網割開至骨。而用骨剪除去其瘤。

第四十二圖

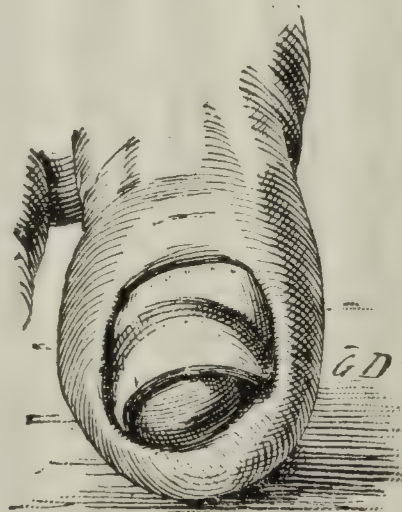


Fig. 42 SUBUNGUAL EXOSTOSIS

鬆骨瘤生在大趾由甲下顯出

密實骨瘤 Ivory exostosis 多由顱骨內外而起。多近眶、耳外管、頞穴、額穴等處、(第四十三圖)

其胴甚硬而分葉。有骨衣蓋之。若生於顱骨底。或致壓大腦而激出險狀。有時瘤死而脫出自瘡。有時顱骨過長。此病或祇累及顱蓋。或面骨亦受累而變獅頭之狀。或顱骨類係癩症所致 有時肌因多被激惹。其中變成骨。如久騎馬之人其閫長肌生骨名騎馬骨

治法　以割去爲妙。若在四肢則易。在頭顱甚難。鬆骨瘤。隨人之骨而長。骨長此瘤亦長。骨不長此瘤亦止。如此雖大。若不痛。無庸割之。顱之密骨瘤。可鑿離瘤圍之骨而除之。有時須用圓椎形電銼除其牽連之處。然若不顯病狀。則不宜割除。

第四十三圖

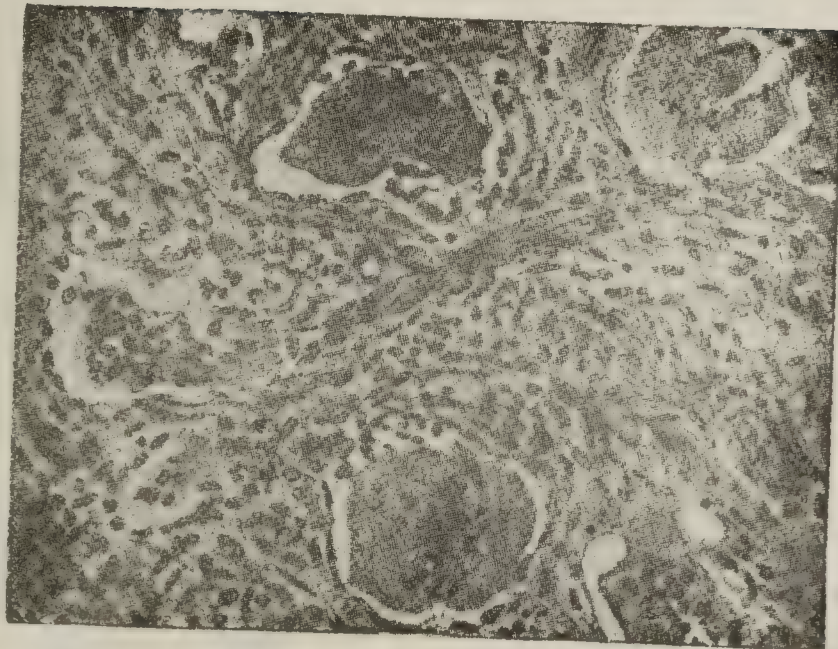


Fig. 43 GIANT-CELLED SARCOMA

巨胅疕

似骨髓胅瘤 舊名巨胅疕 Myeloma　昔日名爲巨胅疕。然此瘤係由骨髓所成。性順。以顯微鏡視其胴。可見有梭形胅。並有甚多巨胅散於其間。其間胴似膠。（第四十四圖） 巨胅之大小不定。但均含多核。該核不似瘰巨胅之核均在一側。乃縱橫散佈不齊者。巨胅之形不圓。而有多角凸出。然其角不甚清晰。圍繞巨胅之胅。不似瘰胅之排列齊楚。乃係錯亂不齊者。　似髓胅瘤之組織。乃係軟體。若刮之則有膠狀質流出。瘤之血管甚多。有時致瘤搏動。有時血管在瘤中破裂。致瘤成袋。袋內之流質含血清及血絲

塊。新割出之瘤。其根之邊係紫紅色。久存於酒內。則變爲棕色。此類瘤不傳子瘤。然生長甚快亦甚大。其病歷詳二十一章。又有一症。名汎發性似髓胅瘤。Diffuse myelomatosis 又名骨髓病性酶化胉尿症。Myelopathic albumosuria 係脊骨、肐骨、脇骨、長骨等髓。變爲似骨髓胅瘤胭。而骨質消散。或致畸形。或自折。病者之尿內有酶化胉。尿冷時則沈下。若將尿煮沸。即溶解。

第四十四圖

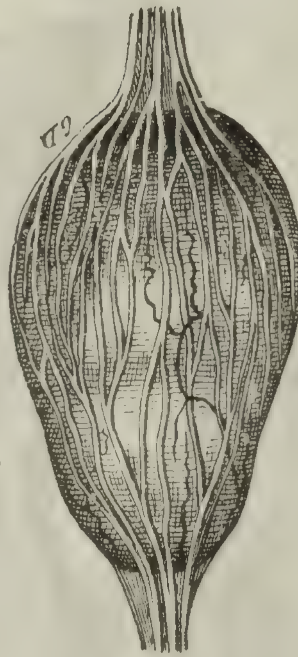


Fig. 44 PSEUDO-NEUROMA FIBROUS TUMOR GROWING FROM NERVE SHEATH AND CAUSING THE FIBERS TO BE STRETCHED OVER IT

腦經之筋瘤由腦經鞘
生者致腦經絲擴張

肌瘤 Myoma 多由無紋肌而成。Leiomyoma or Fibromyoma 大都有衣包裹。察其瘤。可見有多肌胅合成一肌絲。多肌絲合成一肌束。瘤胭之血管少。瘤衣之血管多。有兩瘤與此瘤相似。即筋瘤及筋疕是也。以顯微鏡察之。自能辨別。蓋肌瘤有肌胅。而筋瘤則無。肌瘤之血管有壁。疕之血管無壁。只有薄層內膚胅做成。或且無內膚胅。祇有一隙容血行而已。此瘤多生在子宮、胱底腺、卵腺等處。

腦經瘤 Neuroma 眞腦經瘤或名腦胭瘤。True neuroma 爲新腦結胅及腦絲所成。多由交感腦經(和腦經)而起。此甚少見。

假腦經瘤 False neuroma 大都由腦經鞘而生。分三類。

(一)單處假腦經瘤。Localised false neuroma　祗有一顆。亦祗生在一處。乃由腦經鞘起。或爲筋瘤或洄瘤。爲腦經絲包裹。(第四十五圖) 此類中。有一名痛性皮下疣。乃由細腦經而起。按之痛楚。

治法　倘痛楚。則除去其瘤。惟勿連腦絲割去。若難免割其腦絲。則割後。須將腦經縫連。

(二)汎佈性腦經筋瘤。Diffuse neuro-fibromatosis　乃由腦經鞘多處變厚。或生數顆。至百顆。不定。無善法療治。若痛。則割取之。

羅形腦經瘤。Plexiform neuroma　胎生或少年人患之。有生於三叉腦經及頸淺腦經者。與洄筋瘤相似。

(三)傷性腦經瘤。Traumatic neuroma　若腦經被斷。後則近端成球。該球即此瘤。係筋瘢網所組成。網中有穴含新生之腦絲軸。此瘤平素不痛。若與瘢及骨衣粘貼則痛。

第四十五圖

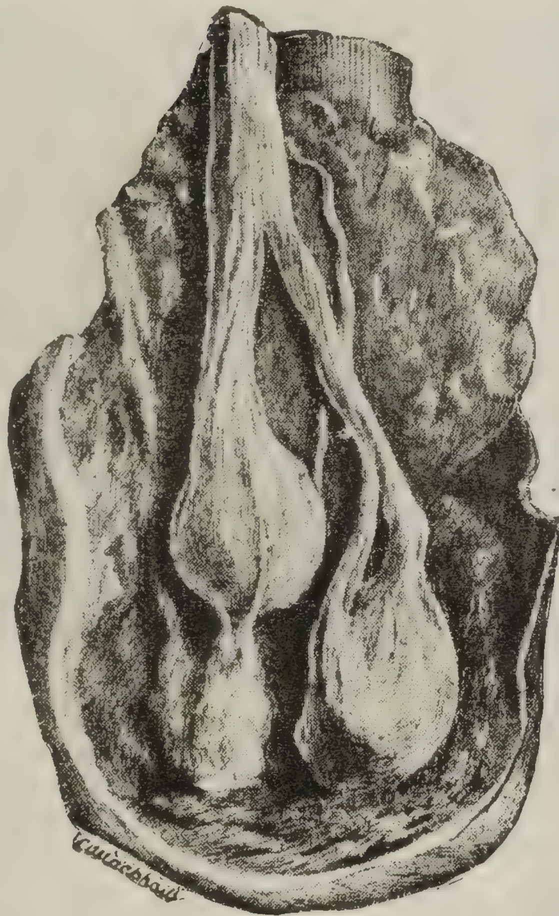


Fig. 45　AMPUTATION NEUROMATA IN A STUMP. THE INTERNAL AND EXTERNAL POPLITEAL NERVES ARE INVOLVED. THE AMPUTATION WAS TEN YEARS BEFORE.

小腿割去後膕內外腦經長腦經瘤

腦架網瘤　Glioma　乃由胚原膜外層而起。由腦架網而成。多生在顱腦、脊腦、眼視衣等處。惟在視衣者。多爲疕。與此迥異。腦架網瘤不甚惡。不累他處。除去後。鮮復發。此瘤之組織。係胅及絲。其胅形似蜘蛛或梭形。依胅及絲之多少而定瘤之軟硬。其色與顱腦網同。且難定其界限。生長之遲速

不定。雖血管甚多。然係順瘤之類。

血管瘤 Angioma 詳第十四章

淋巴腺淋巴管瘤 Lymphadenoma and Lymphangioma 詳第十五章

牙瘤 Odontoma, 有數種 (一)膚性牙瘤。Epithelial odontoma 多累頜骨。瘤爲數穴所成。穴內爲膚所遮。其膚由牙釉起。少年人多有之。(二)含牙袋瘤。Follicular odontoma 此係牙床所生。袋內有齒牙橫生。不能出。故成此袋。(三)筋性牙瘤。Fibrous odontoma 係筋腡環繞牙囊而成。尙有一瘤。係由牙根壳起。或能致骨發炎。(四)雜腡牙瘤。Composite odontoma 近牙床骨而起。內藏牙之雜腡。時或甚大。與骨瘤相似。

(二) 由膚所成者 TUMORS OF EPITHELIAL ORIGIN

其膚胅或球形。或鱗形。或柱形。分數類。

莿瘤 Papilloma 此類瘤係膝莿過長而成。故凡有上膚胅之處。如皮、口、陰道、肛、嗓等處。皆能患此瘤。其組織與平常膝莿同。中央有連腡及血管。外有鱗膚胅蓋之。(倘其膚胅變角素則成厚硬之質) 其莿向外凸出。惟不侵入皮之下層。(第四十六圖) 然凡莿形者。皆稱爲莿瘤。又按其外所蓋之胅形而分三大類。

(一)鱗形胅所蓋者。多生於皮面、口、嗓等處。均爲多莿所成。其莿增長分枝。若其鱗胅化爲角素。則

變硬而成角性物如瘊子。若生於濕處。如指間、包頭、洒膜等處則不全變角素。乃爲軟瘤。至於爲鱗膚胅所蓋者。則不盡眞莿瘤。如瘙濕粒、淫瘊、洒疣等是也。有人以尋常瘊子爲黴生物所致。故有傳染性。有時莿瘤。被激惹即變爲惡性而成鱗胅疽瘤。如此者則侵入皮下胭。膀胱及腎盂等處。所生之莿瘤、有多層過渡膚蓋之。而成最長如繩之條、中有血管易破而多流血。有時此類長條。由惡瘤而致。

第四十六圖



Fig. 46 SECTION OF A WARTY PAPILLOMA TO SHOW THE ARRANGEMENT ON THE EPITHELIUM
The normal skin is seen on each side running into the hypertrophied papillae, over which is heaped up a mass of thickened keratinised cuticle. There is no infiltration of the subcutaneous tissues, as in an epithelioma. (*cf.* Fig. 46.)

莿瘤之切面

兩旁乃無病之皮黑者爲變之大膝莿莿
上有厚皺皮下之胭無患故與疽者不同

(二)球形膚所蓋者。多生於腺。如乳腺、腎等處。

(三)柱形膚所蓋者。多生於穴或袋瘤內。如卵腺袋或乳腺管疽瘤內。腸內所生之莿瘤。乃係腺瘤或筋瘤類。

腺瘤或名腺胭性瘤 Adenoma 多由生泌之腺而起。該瘤之胭與腺胭相似。故名腺胭性瘤。惟不能生泌。且其內無管。其脬亦不全。其膚胅爲球形或柱形。此胅不穿過瘤膜而侵入連胭內。故與疽瘤有別。瘤內之連胭。多少不定。其組織。與本腺者或同。或不同。腺胭性瘤有單長者。有數個同長者。

均有裏膜成衣包之。且有蒂與本腺相連。蒂內有血管。若生於泗膜處。即成蒂瘤。(如肛蒂瘤)有時腺、脬脹大而積液。即成袋腺瘤。腺瘤之連胭若不變疙性。即不爲惡瘤。但有時在乳腺內。則變爲疽瘤。若長大則壓隣近之要器官。各腺均能生此瘤。如乳、脾、胱底等腺。又有胎生者。生於脾腺、胚腸、腎等。

第四十七圖

疽胭

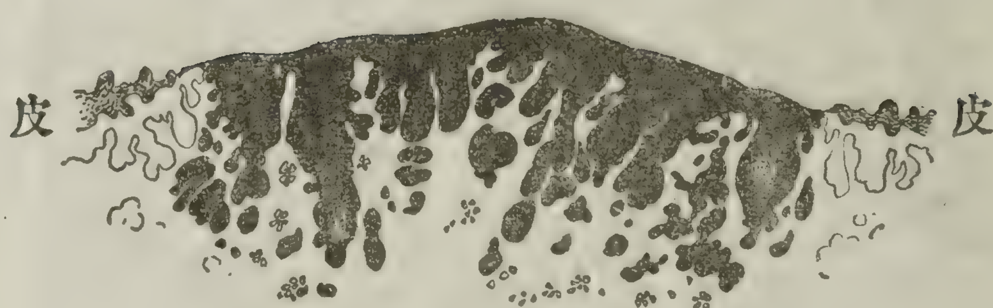


Fig. 47 SECTION OF AN EPITHELIOMA
The normal skin is seen on each side running into the growth, which dips down into and invades the underlying tissues. This diagram should be compared carefully with Fig. 45.

膚疽之切面

兩旁爲無病之皮黑者即病胭能延侵皮下之胭此圖當與四十五者詳細比較之

疽瘤 Carcinoma or Cancer 膚腠所生之惡瘤。名疽瘤。係新長之胭侵入而消滅舊胭。若長在皮面。則易潰爛而成瘍。若有雜稚攙入。即有惡臭。此症乃由淋巴管蔓延。累及鄰近淋巴腺。故淋巴腺即生膿或潰爛而成瘍。後又傳子瘤於肺、肝、腦、骨髓等處。雖無論何膚腠面或器官均能受其害。然最多見者。係常被激惹之處。於男人。患於胃者最多。腸、舌、口等處次之。凡男子患此症。大約百分之八十生於肓道。女子患此症者。百分之八十在子宮、生殖器及乳腺。少年患之者少。然逾三十歲者。則加多。四十至五十五歲者。則更多。 疽可分爲鱗腠疽。柱腠疽。球腠疽。依其組織而分類。所謂膠疽。係疽胭變似膠質。

疽瘤特別之情形。係本胭膚𦙶之增多。有孳生不止之勢。故所累及之器官其膚𦙶之數大增。致該𦙶失本性。故惡瘤之膚𦙶變成𦙶團。而失其組織之原形。且膚𦙶與連胭之關係亦改變。膚𦙶既甚加多。又能透過底膜侵入鄰胭。以顯微鏡視之。可見膚𦙶成圓柱而穿入好胭。或循淋巴隙而蔓延。致膚疽之部份。與連胭部份漫無界限。故混雜而難分別也。膚𦙶亦失其本形。而變一塊元濤。只能分裂孳生。而他種官能則失去。其𦙶之形大小不一。有有核者。有三角者。有多角者。不等。　繞疽瘤之連胭。亦甚改變。此因受瘤之激惹。故有許多淋巴𦙶及漿𦙶攙入連胭之間。此二𦙶或變爲胭而繞膚𦙶之筆形處。此胭之軟硬及血管之多少不一。慢長之處。新架胭似筋瘢。而無多血管在其內。急長之處。架胭甚少。血管甚多。若瘤潰爛。連胭內有甚多之多核白𦙶。與

第四十八圖

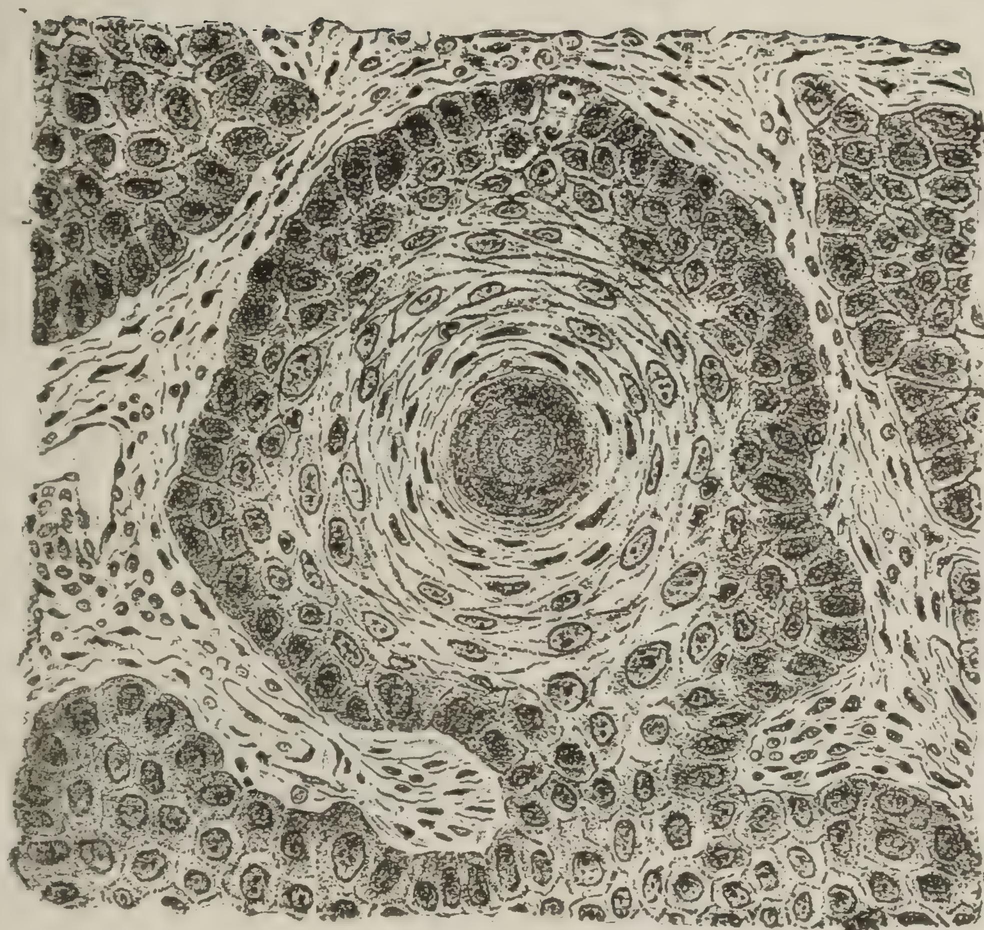


Fig. 48 EPITHELIOMA OF SKIN SHOWING CONCENTRIC ARRANGEMENT AND DEGENERATION OF CELLS

皮疽其𦙶排列如葱頭內已變壞

第四十九圖



Fig. 49 SECTION OF CANCER OF MAMMA FROM A RECENT NODULE. EPITHELIAL CELLS IN SPACES FORMED BY CONNECTIVE TISSUE ; THESE ARE SOMETIMES IN SINGLE ROWS AND BY MULTIPLICATION FORM LARGER MASSES.

乳腺硬疽見其連網有空內有
膚胅排列成行或團放大二百倍

他炎患相似。有時亦可見膿稽在內。疽瘤大約捫之不甚痛。然平時往往作痛。硬疽瘤更如此。因其架網或縮緊或被壓所致。

大概鄰近之淋巴腺早受累。此爲判症之要狀。但若瘤潰爛。其毒素可累及淋巴腺。使變大。若用法潔淨其潰爛處。淋巴腺則可漸小也。

鱗胅疽 Epithelioma 由皮或洄膜之鱗膚胅而成。多生於中年及老年者。年幼者少有之。其部位多在

皮、喉、口、唇、腫管等之洄膜及生殖尿器之膜等處。若某處（如唇舌或陽莖頭）常被激惹。皆易生之。瘢痕亦或生之。此疽之形凸高。兼侵入皮下。旁高而中凹。未幾即潰爛。或因筋網生多壓疽之胅。致全疽縮小。成硬筋網團。此疽早累淋巴腺。致該腺亦變疽。日久則潰爛。後又累及他處之淋巴腺。少有傳子瘤於臟腑者。有時淋巴腺成袋。割開見有淡而濁或清膿流出。中含白質。此白質即壞膚胅所成。割後所留之孔。亦常滲出此質。再久則累血管。使其血管壁破裂。則或因流血致斃。或因人極衰弱而死。　用顯微鏡察疽。則見係膚胅所成。挿於皮下網中。成圓柱。交叉爲羅網。羅目有筋絲及胅作架。疽胅在外層者甚顯。在中層者被外層所壓而形變。日久則成鱗膚疽球。（第四十七　四十八圖）

第五十圖

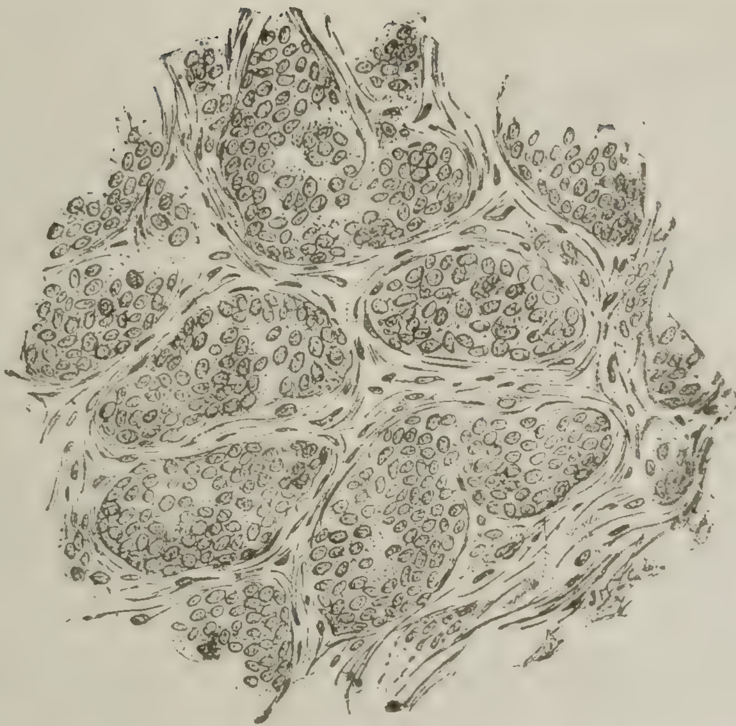


Fig. 50 MEDULLARY CARCINOMA OF BREAST

乳腺軟腺疽

球胅疽 Spheroidal-celled cancer　即惡性腺瘤也。

腺脬膚胅穿過腺底膜。入淋巴管。至隣近而增多生瘤。若架網多而胅少。則成硬疽。倘架網少而胅多。則成軟疽。

（一）硬疽。Scirrhus　（第四十九圖）多在乳腺、胱底腺、胰腺及胃之幽門端而生。此疽之網甚硬。若以刀

剖之。則聞如切梨之聲。並有汁洩出。以顯微鏡察之。有筋網架。架中有小窩藏膚胅。倘架網生多。壓阻其血管。則致胅及全瘤消瘦。

（三）軟疽又名腦狀疽或髓狀疽。Encephaloid or Medullary cancer 架網少而胅多。較硬疽更惡。其長甚速而血管多。又易侵入鄰網並早累淋巴腺。疽面之皮薄而有靜脉顯露。不久即潰爛。顯一大球。易流血。多生於乳腺、精腺、腎等處。若以刀剖之。有多汁出。以顯微鏡察之。則見架網少。圓胅多。（第五十圖）

第五十一圖

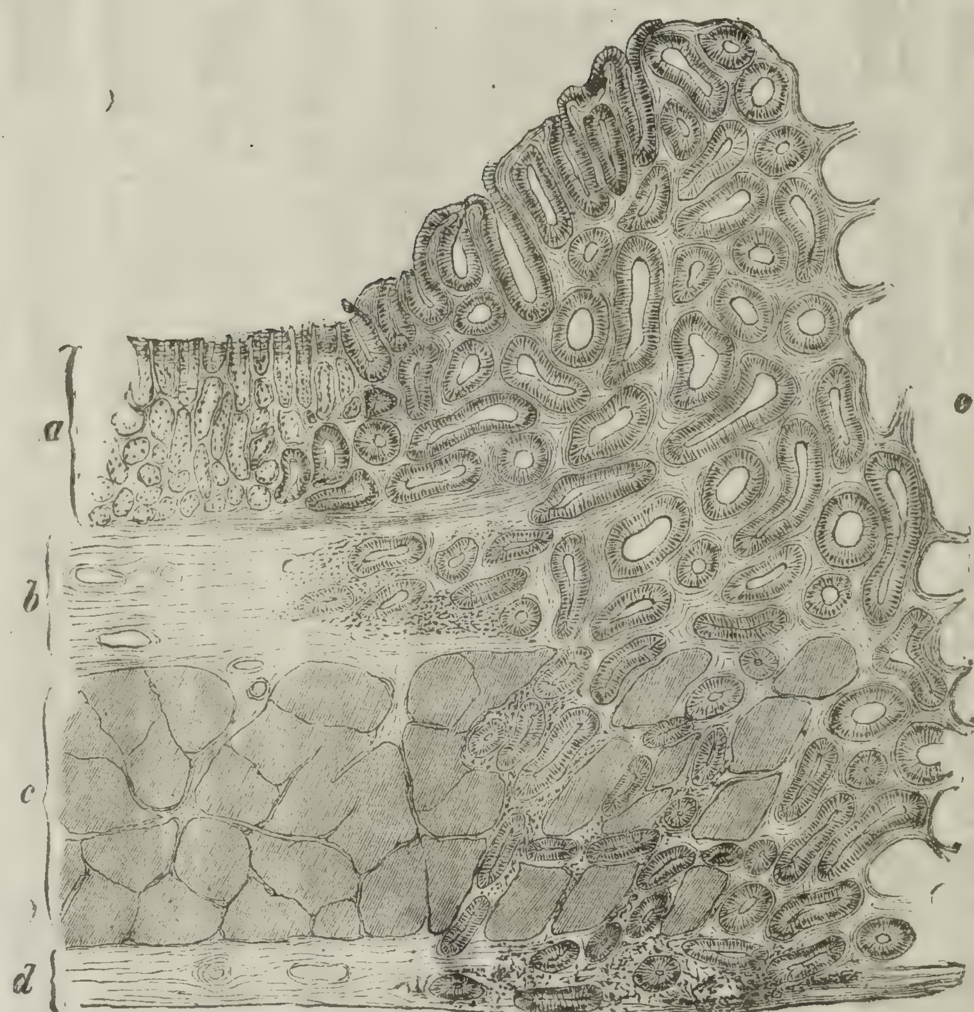


Fig. 51 SECTION THROUGH ADVANCING MARGIN OF COLUMNAR CANCER OF STOMACH. ×25

a, Mucosa; *b*, submucosa; *c*, muscularis; *d*, serosa; *e*, neoplasm which, starting from the mucosa, has invaded the other layers. Small-celled infiltration has accompanied here and there the formation of the neoplastic tubules.

胃柱胅疽之切面

右爲疽　左爲無病網　a 洒膜　b 洒膜下層　c 肌層　d 潤膜　e 贅網由洒膜起而漸侵他層有小胅及贅管可見

柱胅疽 Columnar cancer （第五十一圖）此乃腺疽。多由育道之柱胅而起。其疽漸生向腸之內及外。而侵入腸壁之數層。

並早潰爛。累及淋巴腺及他臟腑。有一類軟疽生於子宮頸、頰穴及肝與乳腺之管等處。

似膠疽 Colloid cancer 多在胃、腸、膵而生。此疽原係腺疽或柱胅疽。因其胅變壞而成似膠質者。以顯微鏡察之。則見架網成小窩。窩內藏此膠質。

疽之治法 不獨宜將瘤割去。即近患處未累之網及全淋巴腺淋巴管。亦宜一同割去。庶可無復發之弊。但能全除去與否。本甚難知。蓋因其胅循淋巴管分散他處也。若不能全除去。則用藥潰於所餘之瘤。如鉦氯鹽。Zinci Chloridum 加鴉片膏以止痛。今多用X光腺或銳劑治之。其功用乃使患處發炎。則白胅多來。而瘤網漸少。易於成瘢。惟此法須謹慎。勿過用。蓋恐灼及鄰處也。倘不能全除去。又不用X光線治之。則須潔淨患處。至終宜用鴉片莫非以減病者之苦楚。

(三) 由內膚所成者 TUMORS OF ENDOTHELIAL ORIGIN

內膚疽 Endothelioma 較疕及疽之惡輕。不累淋巴腺與臟腑。多在腮腺而生。其架網或變似泗質。或變似朊。或積脂在內。或成袋。有時小淋巴管內衣胅受累。或小血管鞘胅受累。則稱為圍繞性內膚瘤或繞管疕。Perithelioma or Perithelial sarcoma 亦有累及血管內衣而成瘤者。

(四)包括他胚一部所成者 TUMORS FORMED BY INCLUSION OF PART OF ANOTHER EMBRYO

雜胴瘤 Teratoma 因胚初成時包含他胚之胴所致。日後其胴成胎生雜胴瘤。多患在卵腺。成卵腺雜胴袋瘤。此袋大約爲單房者。甚大。內衣係皮類。故有毛、指甲、牙、莿、乳頭等皮膚附屬物在其上。袋內有膶質及毛髮。其毛髮能隨人之年歲而變色。有時瘤內亦有骨、肌、腺胴等。或有一肢在內。蓋即由胚之原膜三層所成也。然亦有在精腺患此者。又有雜胴瘤生於骶骨處。乃因成胎時。原有雙胚。其一未成。而其餘胴存於長成者之骶處成雜胴瘤。

第五十二圖



Fig. 52 DERMOID CYST GROWING AT THE OUTER ANGLE OF THE ORBIT

眶外角之皮胴袋瘤

袋瘤 CYSTS

袋之外有衣包裹其內藏液或半液性質。 分四類。

(一)由胚而起者。 (二)由本穴痕而起者。

(三)由新生胭而起者。(四)由變壞之胭而起者。

(一) 由胚而起之袋瘤 CYSTS OF EMBRYONIC ORIGIN

(一)皮胭袋瘤或曰雜胭袋瘤。Dermoids 其裡層爲膚所成。內藏毛、甲、脂等。此袋有一類名曰胚分剩皮胭袋。Sequestration dermoid 患處在胚頸裂或眶鼻裂等處。(第五十二圖) 袋形圓。其袋與深胭粘着。而掩袋之皮則否。按之皮能移動。然易於除去。惟近頭顱處。須謹愼。因有時袋之下骨薄及尚未生合也。

第五十三圖



Fig. 53 TAENIA ECHINOCOCCUS

袋帶蟲(大二十倍)

(二)有時袋與牙相關者。上文巳詳。

(三)由所餘之初腎管 Wolffian body 長大成袋者。男人患在精腺之上。女子患在子宮廣筋帶處。名卵腺冠袋瘤。Parovarian cyst

(四)精索膜管成袋。內藏液。此因精腺與腹膜齊落陽囊。日後其精索膜管不閉。遂致成袋藏液。Encysted hydrocele of cord 女人。則患在圓筋帶處。Hydrocele of round ligament

(二) 由本穴痕而起之袋瘤 DISTENSION CYSTS

滲液袋瘤 Exudation cyst　此即有液滲出入患處。使之生大也。袋瘤之裡面。乃膚脒所成。脾腺內亦有患此袋者。倘脊腦中管患此。則名脊腦中管痕。Hydromyelia　若卵腺內之卵脬痕大。亦成此類。有內膚壁者較多。如滑囊、精腺潤衣等。　另有名漿液袋瘤 Serous cyst 者。或因腡中之淋巴小穴痕大而成。多在頸、腋、乳等處。或稱為海絨形淋巴瘤。

瘀袋瘤 Extravasation cyst　即血流於原有之穴內成袋。如盆瘀、精腺膜(潤衣)瘀、腦潤衣袋等。

留泌袋瘤 Retention cyst　此因腺管閉塞。其泌留積腺內。遂致成袋。兼致鄰近之腡發炎成筋作衣。將袋包裹。乳腺、胰腺、腎等。皆能患之。

(三) 新生腡袋瘤 CYSTS OF NEWN FORMATIO

傷性袋瘤 Implantation or Traumatic cyst　刺傷成袋。因刺傷時。連其膚脒入皮內。收口後。此膚脒生多。遂成此袋瘤。

異質袋瘤 Cyst round foreign body　包外物成袋。乃因外物入內。為連腡包束。遂成袋瘤。

奇生袋瘤 Parasitic cyst　(一)蟠虫袋瘤。Trichinosis　因蟠虫入肌而致。此虫原在猪肉內。人食不潔

之猪。虫即由胃尋徑至肌而孳生。日久有衣包裹。

(二)帶蟲之袋瘤。Hydatid cyst 因袋帶虫而起。此虫(第五十三圖)長約數分。原在狗腸內。其身分四截。虫母下截有卵。迨狗出糞。落在菜蔬上。故人食此未煮熟之菜蔬。則該卵隨入而患是症。卵入人胃後。則裂開。虫蛆由卵而出。穿胃數層。過血管入肝等臟腑成袋。其虫蛆頭處有細鈎。另有四吮器。故能開路而穿胃也。其袋壁係三層所成。最外層係連膶白筋成袋衣。中層係角素類。內層有元瀋。能生虫頭袋內藏。液比重一千零零七。藏食鹽略多。以顯微鏡察之。即見虫鈎。故易辨症。此患遍身可有。惟肝、腎、顱腦等處更多。

第五十四圖

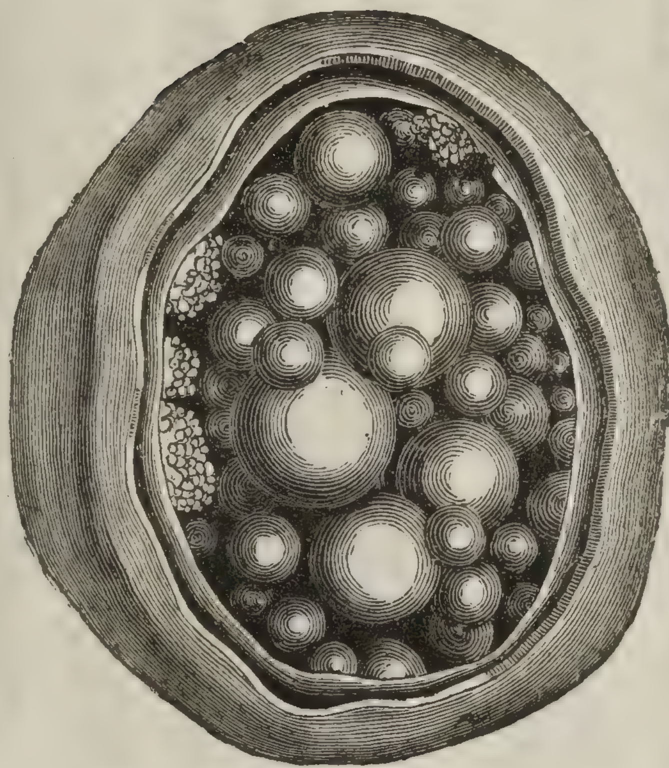


Fig. 54 HYDATID CYST SHOWING DAUGHTER-CYSTS AND BROOD-CAPSULES GROWING FROM THE WALLS

袋帶蟲之母袋及子袋與蛆蟲頭群

此袋無特狀。惟過於長大。或因壓阻之故而人愁苦。間或骨內或肝內有數袋。此因本袋外層薄。故虫頭易於穿出。而另起一袋。

袋因跌傷或擊毆。則立破裂。其液即入腹膜穴及胸膜穴等。致多處生袋。或該液因藏毒。致人患血中毒症。幸此虫間有自斃者。於是袋即收縮。其內中兩層

變壞成錯礬。最外之連胴層成筋。有時全袋成膿。膿出後袋亦收縮。治此症之法。爲多將袋液抽出。用引流管導液。虫即立斃。辨肝有帶虫袋症與治法。參觀第三十五章

變壞性袋 Cysts of degeneration 乃因肌、筋、朒等瘤之胴變壞。而成袋瘤。血管少者易致此患。

第十章　損傷 WOUNDS

損傷分兩等。(一)未破皮者。(名痏傷)(二)破皮者。

痏傷 Contusion　因外擊傷皮下之連䏶。而不累及肌、筋帶、腦經、骨等。　病狀有三。痛變色腫是也。此狀之輕重。依䏶之疏密及傷之深淺而定。如在眼瞼陽囊陰門等處。則多血藏積而皮變紫黑。有不然者。若頭皮雖受傷而筋膜下不流血。則腫最少。凡人受傷。軟弱者較壯健者爲尤甚。有時痏面起皰。此非佳兆。皮瘀初爲紫黑色。繼棕色。終綠色黃色。久則淡而無色。此因紅脒毀壞而所放出紅脭則染本處之䏶也。或此處受傷不顯瘀。至數日後。其瘀乃顯於他處。此因筋膜阻碍致瘀血竄入他處之疏䏶也。如頭顱受毆。其瘀血在眼瞼而顯。肱骨頭受毆。其瘀血可在肘節而顯是也。　因血不能散佈他處。藏積䏶內而成袋者。此名瘀腫。(血瘤) Hematoma　瘀腫與瘴畧似。而仍有不同。蓋瘀腫在受傷後起。初而軟。繼而硬。無發炎之狀。瘴則不然。有發炎之狀。日久則軟而生膿。且來歷又各異也。　成瘀腫之結局如下。(一)血周圍部份結成血絲。以手按之甚硬。惟中央仍有液而軟。久則歸於烏有。若患在顱外衣下。須謹慎辨症。免誤疑爲凹形之骨折。(二)血絲變筋䏶。則成硬瘤。(三)筋䏶成衣藏漿液則成袋。(四)有生膿之穉入則成瘴。　判皮下傷之輕重。須看傷在何處。血滲出多少。年齡之大小。及人之强弱如何。有痏傷雖重而踰數日即復原者。亦有䏶死而潰爛者。

治法 用冷水。或用易飛散之藥。敷其患處。並用布帶緊裹住。以止其血流。切勿用刀割破其皮。若欲減少血。則用套針放之。倘全身患痛。兼有發熱。須用法止痛。及用通利大便之劑。

破傷又名**傷口** Open wounds 皮或洄膜破傷。分五項而論。如割、刺、扯、壓、彈等傷。然其大分別。在乎染穢與否。

(一)割傷 Incised wounds 多由刀而致。或由快利竹木而致。或因跌時膝撞於石等類而致。此皆與刀割相同。 其特狀 (一)流血甚多。此因血管被截斷之故也。(二)傷口裂開。多少不定。在胭之質力若何。(三)傷口之邊並無搗爛之形。 其危險有三。(甲)流血過多。(乙)深胭之要件受害。如腦經肌腱等(丙)穢穿入。

治法 其要有七。(一)止血。若血緩流。可待其自止。或用無穢紗布或棉球壓住其傷口。若有動脈及靜脈破裂。則用線縛之。(二)防穢。在破傷之處及鄰近之皮。則用二十分一之卡波利水洗之。或用李司特氏之濃水洗淨。(即卡波利酸百分之五。加鍒氯强鹽二千分之一) 並留心除去外物。(三)接合傷口之兩旁。用線縫合。此線或用銀或用馬尾毛。或用腸線。或用絲。或用蠶腸縫線等爲之。縫術有三。(甲)藏縫。(乙)深縫。(丙)淺縫。

藏縫術 Buried sutures 今已確知。凡無穢之物。雖久存體內。亦無弊害。且絲線在體內。能使疤痕與絲愈相粘連。如該處之胭。易於復合。不需連結十分堅固。則用腸線等亦可。

深縫術又名弛緩縫術 Deep stitches or Sutures of relaxation 若傷口濶而皮少。難將兩旁之皮縫合者。宜用銀線。離傷口約一寸。穿過深胭。(穿過深胭。則所縫之皮不大受力。而無皮裂離線之虞也。)由對面而出。然後縫合可也。並宜置鉛片於線之兩頭。以代皮之受力。逾二三日。可將線及鉛片除去。

接合縫術又名淺縫術 Sutures of coaptation 內分數法(一)間斷縫術或曰步結縫術。Interrupted suture 見A圖。(二)連續縫術或手套縫術。Continuous glover's suture (見B圖。)此法鮮用。(三)褥縫術。Mattress or Buttonhole suture (見C圖)凡傷口長者。以用此法爲妙。此法。每縫一度。則其針須穿過線上而轉扣之。始再縫次度也。(四)合氏縫術 (即皺下或皮內縫術) Halstead's intradermic or subcuticular suture (見D圖)

第五十五圖

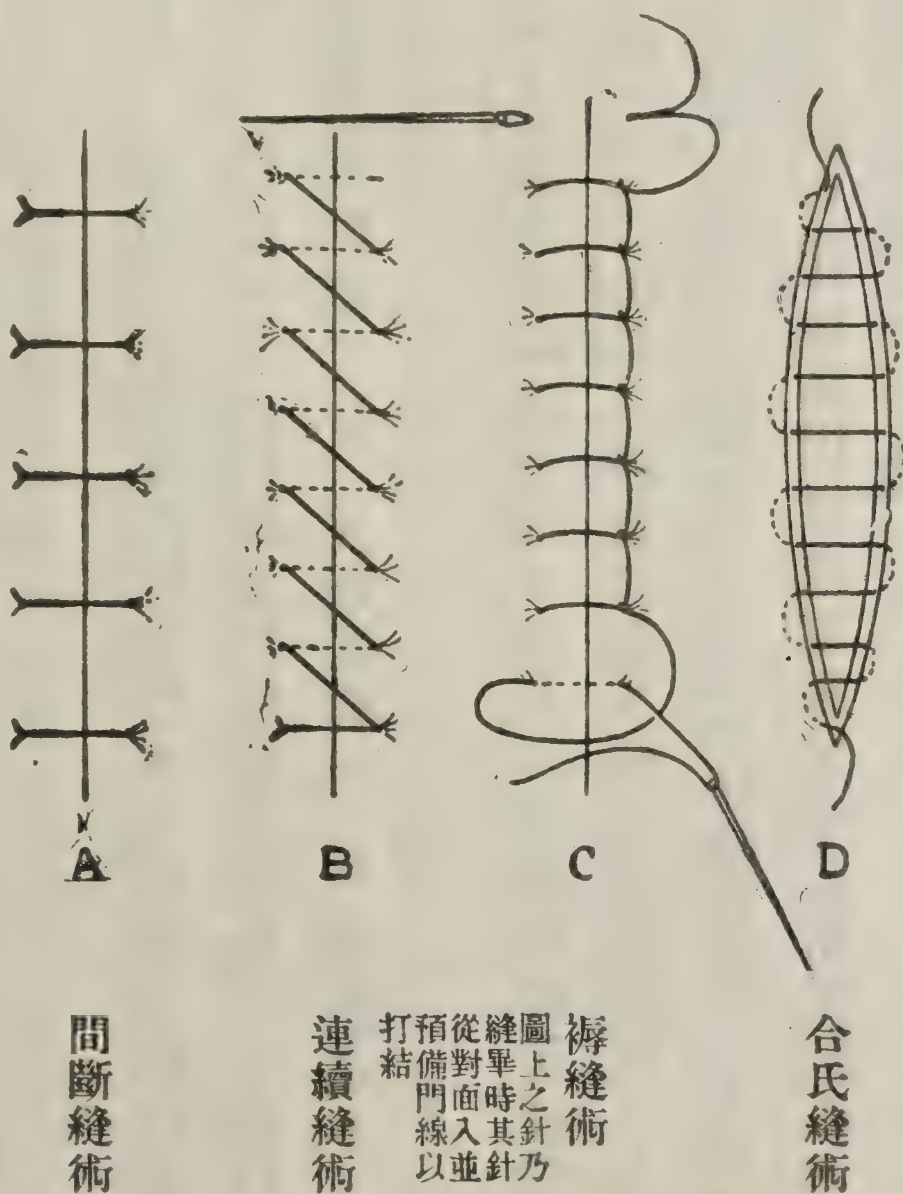


Fig. 55 VARIOUS FORMS OF SUTURE
A, interrupted suture; B, continuous suture; C, blanket stitch. At the lower end the needle has just been passed, and the way in which it catches up the loop is indicated. At the upper end the method of finishing off is shown; viz., the needle is passed in the opposite direction to all the other stitches, the free end being left long, so as to enable it to be tied into a knot with the double thread which the needle has carried tnrough; D, Halsted's intradermic or subcuticular stitch.

各種縫術

此法或用在面。或用在頸。則可免有疤痕。係以針由皺下而入。穿過對面。離數分復將針由皺下入。又穿過對面而出。如是類推。而縫處除線頭線尾之打結處外。由外面看之無線迹。愈後剪斷線之一端由末剪之端掣出。有人不喜用線縛。而用合口膏。使傷口接合者。

(四)引流或名導液。Drainage　此可免血或滲液藏積之弊。若破傷處濶大。則用引流管揷入其內。引膿流出。若破傷處小。則用馬尾毛及紗等揷入即可。

(五)防穢　宜用防穢法。以棉花布帶裹好。

(六)使傷處不搖動　宜用架架住。或用夾板及布帶裹好。

(七)調理身體　宜服通大便劑。並節飲食。

凡無穢之傷口。約五至七日。可痊癒。至第八日。則可將線除去。　能阻碍破傷之順癒者有七。即與前七項相反是也。(一)未止血致傷口裂開。(二)鄰近之皮及破傷之處未去盡膿穢及外物。(三)縫術不善。(四)導液之法不善。故血液積傷處。使縫處緊張。(五)過後染穢。(六)傷處搖動。(七)有全身病。　既縫之後。若有血液藏積傷處。須放鬆其線。俾血液易出。並用細引流管。或用紗揷入導液。

(二)**扯傷**及**打傷** Lacerated or Contused wounds　此傷乃爲鈍物如機器、車輪等所傷。流血較割傷者少。蓋因血管壁之中層及內層內捲。阻其血流也。　損傷之輕重不一。但有累及甚大者。致有大

塊之腡速死。或頃刻即死。若一肢扯脫。肌腱或肌腡或腦經等露於傷口外。傷愈之快慢。則關於損傷處有穢否。若無穢雖兩旁有皮扯爛。亦可用線縫其傷。並用引流管。俾液易出。倘不縫合。而死腡漸自離開。或亦可瘉。惟較慢耳。至於染穢者。則有三級期。(一)受傷後。或致腦力猝衰。大腦經受傷。尤甚。(二)發炎而死腡脫離及染膿穢之病狀。(三)生肉芽腡。或因流膿久。而顯潮熱狀。

治法 分兩級而論。即新傷之療法與久傷之療法。(甲)臨時療法。須潔淨其傷處。用刀剃去毛。並用鹼及二十分一之卡波利水。擦淨傷旁之皮。若有外物及傷旁有壞肉。則宜除去。若有血流。則用線縛其血管。並用引流管。俾液流出。蓋卡波利能激其腡出液也。或用刀開相對割口亦可。若皮不甚爛。則用線縫數度。後用防穢紗棉花布帶等裹好。倘疑有穢在內。切勿施縫術俾液易出。且用埃多方紗塞滿之。

(乙)續後療法。傷口有穢與無穢。療法迥異。無穢者。換葯時須十分潔淨。免有穢入。有穢者。如有死肉。則用防穢濕葯敷之。並剪去壞腡。若有炎熱。則照上文所詳之法而治。

論扯傷之處當截斷否。 Amputation 普通之要點 (一)須察患者之老幼及身體之强弱。如年幼及强壯者可不用截斷。惟年老及軟弱之人。須早截斷爲妙。尿內有糖、胎及好色嗜酒者。更宜早截斷。(二)須察其受傷之部位。如傷在足。則較傷在手者爲難痊瘉。因足離心較遠。故宜截去。(三)須察傷口有穢否。無穢可望治瘉。若有穢。則以截斷爲妙。

單處之要點 (甲)難免截斷者有五。(一)一肢被機器扯斷。宜用此術修整其殟頭。(二)一肢舂碎。(三)顯疥狀。(四)患血染膿穉症。(五)年老人之足被扯爛過甚致骨及關節受累。(乙)可否截斷難斷定者有三。(一)骨碎折在踝節下。宜割斷若在踝節上段。則可不必割截。善用防穉葯及去盡碎骨。或可漸瘉。然療此病。當察人之强壯與其素行如何。(二)若軟胭受大傷而脫離骨。設能托復原處。可不必割斷。再者。假如傷治瘉後。而肢無用。則以割截爲妥。又或傷危險。不割截恐難醫治。外科士宜三思而後行之。(三)若一肢總動脈已破。似無庸割斷。但骨、腦經、靜脉一概受累。則無他法可救。

(三)刺傷 Punctured and Stab wounds

此因劍或鎗頭或針等直揷傷而起。 劍傷者。其傷口雖小。恐胭之受傷則甚大。或斷血管腦經。或穿洄膜及臟腑。其後患及病狀。全關於有穉無穉。刺傷之口每小而深。難用引流術。故膿在深處易積而蔓延。宜用防穉藥水洗淨。並用法使液易流出。或用刀開相對口。 針傷者多在手、足、膝、臀等處。若早治理。須除去針。否則其針穿過筋膜。能運行體中。曾有被針刺入後累腎生石者。 倘爲魚鈎所傷。須查確鈎末之倒鈎所在。即用刀割開其處。將倒扣鈎剪去。然後將魚鈎拔出。 若有玻璃、石、銅、鐵等類。則最便用X光線查之。但僅由正面照之。不能確定其位置。須從旁照之方可。

(四)槍彈傷 Gunshot wounds

宜查明(一)何類槍彈。(二)何類槍。(三)彈子所行之速率。(四)離

身之遠近。(五)在何部受傷。(六)槍彈向何方而行。

今日之槍 Modern small-bore rifle 與昔日逈異。蓋新式槍管。內有螺絲紋形。使彈子循紋而出。該彈子形長而頭圓。乃鉛九十八分錫一分所成。其包則以銅及鎳造成。故甚硬。而難散開。每秒鐘可行二百丈。昔日彈子所行之路。屬拋線形。今則其行較直矣。　凡彈子入身。入口小而出口畧大。倘無大血管破裂。則瘀血少。且今之彈子。鮮有與外物齊入者。若大血管穿破。無法止血。恐致斃命。倘在血管側穿一孔。則成動靜兩脈通囊。　有時彈子穿過鬆骨。祇穿一孔而已。若傷在長骨。如骭中段等。多是打碎。　頭顱骨受傷。則顱骨內偏較外偏更裂。　腹受傷。若不穿血管。大約可痊癒。因腸肌受傷後。即不自動。故腸所藏之物。不從傷處洩出。是以無腹膜發炎之弊。昔日傷腹者。百人中斃者九十之多。今祇四十耳。

軟尖彈子 Soft-nosed bullets 有一種彈子。其尖軟。無銅鎳包之。易於散開。若入人體內。能致骨碎及臟腑衰爛。

開花彈傷 Shell wound 此為最烈之傷。累及之處頗大。傷口亦不齊。但無他特別之狀。

手槍傷 Revolver wound 此為醫士最多見者。大約多係誤傷或自殺。自殺者或在太陽。或在膊。或在心。其由太陽入者。入口甚小。四圍之髮及皮均焦灼或變色。彈子入腦。不再由彼側而出。有時藏於腦中。或在腦筋衣下。　若非破裂一大血管。則人仍不立死。其由膊入者。大約人即立死。倘彈子由

顱底入。有時使顱頂凸起。惟彈子不出。　誤傷者傷處無定。然其出入之口大約可見。鳥槍彈可致甚危之傷。如入眼內有時棉製之馬毛彈傷人。彈內帶入痓穉。爲害甚大。

空彈。Blank cartridge　亦能致重傷。若相距甚近。其力亦能致命。治愈後傷處被燒之痕藍黑色。

治法　槍彈傷最要爲防穉入。故出戰之兵。各携一袋。內藏防穉棉花一包。預備止血及掩蓋受傷處。並用夾板夾住患肢。入醫院後。即洗淨傷口。除去外物。止血。倘彈子易捫。須即除去。若難尋見。則用X光線查法。尋其彈子所在。若骨碎折。則除去碎骨。用夾板夾其患肢。此可望不用截斷。如頭顱受傷。則用圓鋸。除去內層碎骨。亦可痊癒。　其傷在腹者。今多不爲剖割。倘流血。則可割開。尋其血管而縛之。以上所論之傷口。俱屬新彈子所傷者。

（五）蠚傷 Poisoned wounds　其因穉而起者。已詳上文。另有數類述於下。

蜜蜂等虫類。Stings of insects　其螫傷之處雖痛腫。亦非危險。惟部位則甚要。如在舌喉處腫起。則阻碍呼吸。或可致命。治法。多用淡鹼性之藥水。可解其毒。並須除去蜜蜂所入之毒蠆。　蠅、蚊、虱、蚤等類之傷人。亦能致傳染病。如瘧、鼠疫等。

毒蛇傷。Snake bites　其毒液經過蛇之上牙而入人之肉。印度每年患此而死者萬餘人。　治法受傷之後。當即用線緊縛患處之上。免毒深入。並用刀割開傷口。使血多流出。倘有腦力脫失之狀。則用士的年射入皮下。或用敵蛇毒血清 Antivenine　射入其傷口當以鉀錳上礬晶 Pot. Permang.　塞滿。

或以此藥之濃水浸之。

剖驗屍而傷。Post-mortem wounds 身死後數點鐘。其毒極大。驗屍者。易患連胴毒炎。其治法。以布縛患處之上。並用防穢水浸之。亦宜以防穢藥敷之。

膿性指頭炎 Whitlow 有四類（一）指皽下炎。Subcuticular 雖痛亦不甚要。宜用硼強酸濕布敷之。則易於痊癒。（二）膿性指皮下炎。Subcutaneous 乃連胴炎。由指末起。或累及手掌。若指末腫而硬。此難知有膿否。治法。將手指向上。則疼痛較輕。若以刀割放。勿割開肌腱鞘。後用濕防穢布敷之。使病者安寧。（三）膿性指腱鞘炎。Thecal 即肌腱鞘發炎。成膿。不能屈伸。因累及肌腱故也。參觀第五十六圖。則知大指及小指受患。易於累及手腕。惟他指則不然。治法須早割開。免腱與骨粘貼。倘不早割。則骨衣受累而骨死。若全手皆腫。須在掌或手腕放膿為佳。（四）膿性指骨衣下炎。Subperiosteal whitlow 凡指骨之末節發炎。乃由指甲受染。治法。倘骨死以早去之為妙。

第五十六圖



Fig. 56 DIAGRAM OF SYNOVIAL SHEATHS OF FLEXOR TENDONS OF HAND

縮肌腱之滑鞘

ANT ANN LIG.

即肘腕關節前圜筋帶

傷口自瘉 REPAIR OF WOUNDS

自瘉時所生之新網大概與本網不同。即由筋網所成之瘢網也。Cicatricial or Scar tissue 自瘉分五級而論。(一)有細圓胅。即滲出之白胅。此白胅之功用。能除去死網。或消去血塊。(二)有橢形胅顯出。名生筋胅。Fibroblasts 此胅成筋網及血管。乃由連網胅或內膚而來。(三)有微血管在胅間萌生。此毛管乃由本毛管之壁起。蓋壁旁有元澅一粒。(第五十七圖)漸長向他毛管。而他毛管亦如是。由此相遇。日久則元澅中通。有血胅徑過。遂成新毛管。有內膚爲裡膜。是時許多毛管。俱依上述之情況而生。另有細連網。乃由生筋胅所成。相合而爲肉芽網。(四)肉

第五十七圖



Fig. 57 NEW VESSEL FORMATION

a. A small bud-like projection from the wall of a capillary ; *b*, the union of such buds one with another ; *c*, the canalization of these processes.

新血管組成

a 毛管壁生芽 b 中間之連網胅與上下兩芽相連而成一線 c 此線漸通而成管

芽胭成筋瘢胭 Fibro-cicatricial tissue 此係生筋胅變成梭形胅。胅之兩端多裂開。胅圍漸長纖絲形之筋素性質。終則此質變成瘢痕之筋胭。於是該絲漸收縮。致生筋胅受壓而扁。新血管亦被勒。故瘢胭逐時減少其血管形。而漸堅密且收小。(五)傷口之上有皶。此皶乃由鄰近之膚胅生多而成者。以上五級。凡自瘉多屬如是。然獲瘉又各不同。計有四端。茲論列如左。

(一)第一等瘉合或曰順瘉 Healing by first intention or Primary union 若無穢入及傷口兩旁未爛。則傷口兩旁相貼合。其間有最薄一層血。血結時。則使兩旁交合。此凝血易消散。至七日傷口則瘉。(第五十八圖)

第五十八圖

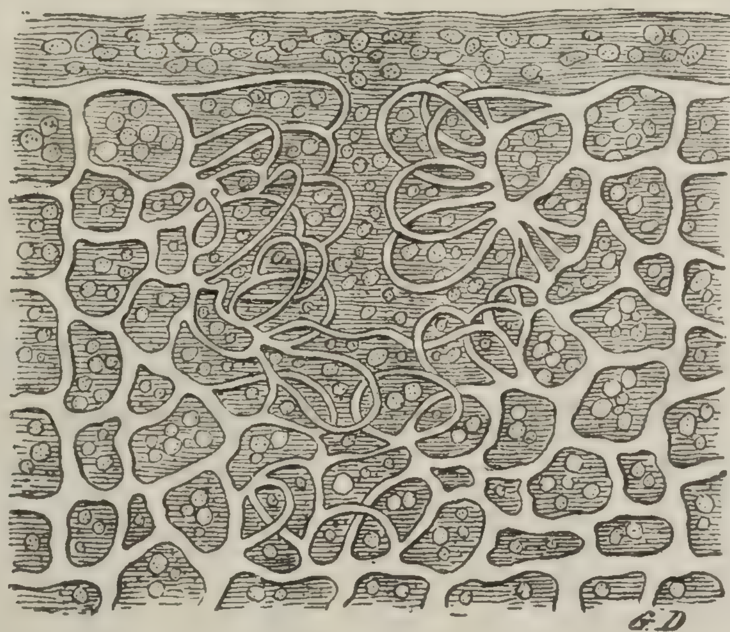


Fig. 58 DIAGRAM OF HEALING BY FIRST INTENTION
The wound is occupied by a fibro-cellular growth, into which loops of capillaries extend, constituting granulation tissue, whilst the epithelium has united across the surface.

傷口第一等瘉合

傷口生初筋胭絲及胅兩旁有毛管蹄
係延至因而成肉芽其上生膚蓋之

(二)第二等瘉合或曰賴肉芽收口或成肉芽而瘉或漸瘉 Healing by granulation or second intention

或因皮扯爛。或因傷口不潔。或為膿穢所染。不能順癒者。則成漸癒。傷面有無穢之死腡。則被白脒所消去。後有生筋腡脒。成一層肉芽腡於傷面上。此第二等收口之一也。(第五十九圖) 倘死腡有穢。則鄰近之白脒多來。而將死腡及穢消去。惟或致累及鄰近之連腡發炎。能患膿穢染血耳。日久亦有肉芽腡生。此亦收口之一也。然無論如何收口。皆是成筋腡。後此腡收縮使傷面減小。傷下之腡拉高。幾與皮相平。

(三)痂下收口或曰**成痂而癒** Under a scab

凡屬淺傷。或可如是痊癒。其痂乃凝血與滲液所成。倘無穢。則易癒。如有穢及膿藏積痂下。即易作禍。

(四)賴血塊收口或曰**血塊成筋腡而癒**

By organization of blood clot 此獨無穢之傷有之。其血塊僅為肉芽之架。肉芽腡生成後。則血塊彼內脒消去。

瘢 Scar 乃筋腡所成。並有膚在其上。初成時。有連腡脒。日久。則漸少。血管亦少。試以手按隣近之

第五十九圖

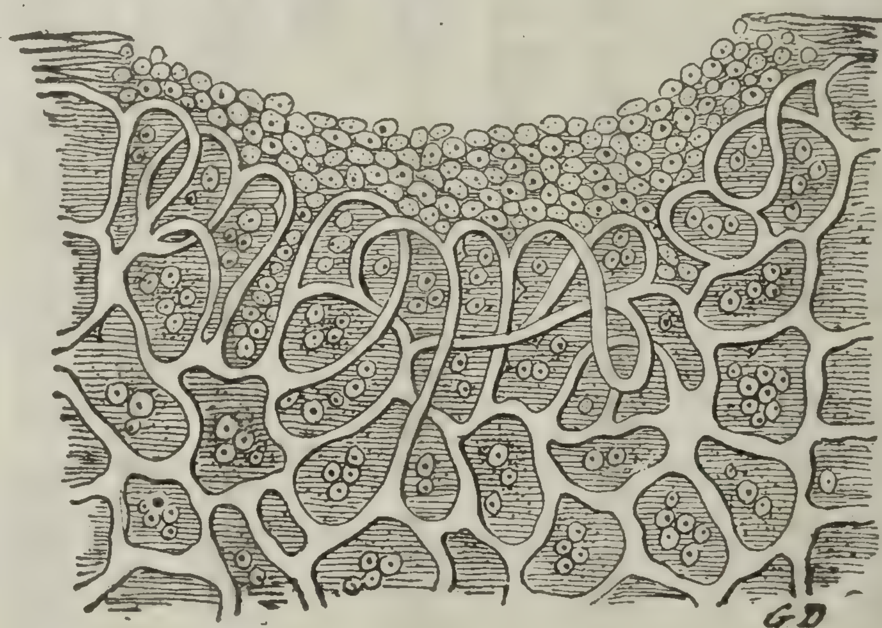


Fig. 59 DIAGRAMMATIC REPRESENTATION OF HEALING BY GRANULATION

傷口第二等癒合　即賴肉芽收口
見生筋腡脒及新毛管

皮。其瘢痕亦不變色。便知血管少。亦無淋巴管、腦經、毛、脾腺、汗腺等矣。

瘢病 有五。(一)過於縮小。Excessive contraction 此因筋腡過於縮小。致該處變形也。蓋近節之瘢縮小。能致關節之近處失其原形。譬如手指或面或頸前受火傷後。倘瘢痕過於縮小。即不美觀矣。 治法將瘢割去。惟須小心。因血管與腦經。亦在瘢下也。割後。則用接補術或修補法。然或仍不能全復原形。 近來有一新法。乃用柔瘢葯 Fibrolysin or Thiosinamin 射入皮下。瘢痕漸漸軟。有人言此因葯使血白脒多來之故也。 服 Iodolysin 亦可見效。但於老年人須小心。因其效不限於瘢痕。能將動脉壁變軟致皮瘀。或在大腦部有血管破之患。

(二)瘢腡過長成瘢瘤。False or cicatricial keloid 此多因由受火傷後及患瘰者之瘢腡過長致成瘤。未知其原。亦無庸除去。因能復發也。惟久用X光線或銳劑署有效。

(三)瘢潰爛。Ulceration of scar 此因欠育或受壓之故。如敷激藥及服補身之藥。且用法保護其瘢亦可癒。惟較慢耳。

(四)痛瘢。Painful scar 此因有腦經末梢在瘢內所致。須除去其瘢及剪去患處之腦經。

(五)惡性瘢症。Malignant disease of scar 此與鱗脒疽相似。初起祇累瘢。日久累及他腡。此以除去瘢爲妙。

損傷累及身體之情形 GENERAL CONDITIONS CONNECTED WITH WOUNDS

(二)腦力猝衰 Shock 此即司覺腦經或交感腦經受傷。激動延腦之生活司所而起。此患與腦力脫失 Collapse 不同。蓋脫失多係由病而漸起。猝衰係由損傷而起也。

腦力猝衰有輕者有重者。其輕重之原有四。如下。(甲)依司覺腦經之受傷多寡。故精腺、手、小腸等受傷。最易顯腦力猝衰之狀。且深傷之腦力猝衰。較甚於淺傷。然若淺傷之患處寬大。則其腦力猝衰之狀亦甚。如身之皮面多處受燒傷。其腦力猝衰之狀。較甚於燒去一肢。(乙)依其受傷之部位。近顱腦施割術。則腦力猝衰之狀畧輕。但腹上處較腹下處更易受激。施割術於腎與尿具。腦力輕。猝衰亦不甚重。(丙)依傷之情形如何。如施手術時。將一大腦經作一刀割斷。則腦力突衰之狀即若將腦經扯斷或重壓。則腦力猝衰即重。故善施割術者。較不熟者。使病人少受腦力猝衰之害。凡使人全身之力乏竭。如多流血。受寒。欠飲食。或𠯗毒於身。均能加重腦力猝衰之狀。(丁)依其感腦如何。人惟精明卓絕。受傷後腦力易猝衰。較昏庸蠢動者更甚。若畏懼。則腦力易猝衰。苟心不在此而在彼。即不然。如出戰之兵受傷。初猶不覺。因其專注於爭戰。不計及於受傷也。

病狀 輕則發暈。繼而暈倒。重則腦力耗竭。及全身感覺脫失而尩。脉初遲而微。未幾則速而亂且極沉難按。面龐而變青色。額出冷汗。呼吸遲淺。温度低於常。過片時。人乃醒。呼吸漸漸多而大。

脉緩而盈。皮面加熱。人即省事能動。此時或有嘔吐。因腦欠血而致。醒時易致發怒。或發狂。此非佳兆。有時腦力猝衰之病狀緩緩而來。若在鐵路受傷。尤爲如此。醉酒者受傷亦猶是。待酒醒之後。即顯出腦力猝衰。

病體及病理　顱腦及全身之外面。皆血少。心亦無血。而腹臟腑。大靜脉及肺等。則極盈血。解釋猝衰之原因不易。恐非因一事所致。乃因數件而發。(一)阻心司所在延腦內受激。則更阻壓心力。如近腹及胸受毆。突然而宼。其故亦若是。試將一蛙。剖開腹部。輕敲其腸而心亦立即停息。此因腹交感腦經反應激心之故也。(二)施手術時間若久。而人顯腦力猝衰之狀。其故未查的確。現正討論。美國醫士克瑞勒氏 Crile 查此事。謂感覺腦經斷後。若激近腦之一端。血壓力即加增。若再屢次激之。血壓力反減少。據克瑞勒氏之意。以爲延腦司血管所之力疲倦。故血積於腹內。而使顱腦及身面有虧欠之處。若再有多流血現出。其狀更加重。英醫士馬可美氏 Malcolm 反對此意。謂施剖腹手術時。頗有腦力突衰之狀。但未見盈血於匯靜脉。其意謂非延腦司血管所之力虧欠。乃因血管由皮面至心。漸漸縮小。故血至皮面及腦過少。致顯猝衰。

診斷　(一)病狀與流血之狀畧同。惟流血者。四肢常動。喉渴。氣促。仍省人事。而腦力猝衰者則不然。(二)顱腦受震 Concussion of brain 即有腦力猝衰之狀顯出。以致人全不省人事。若醒後。則當受傷時情形均忘矣。(三)施蒙藥時。人將嘔吐。其脉搏軟而快。臉則甚白。頗與腦力猝衰之狀相似。然

既過片時。即可分別此二者。

治法 腦力猝衰輕者。宜以鎠劑激鼻。以醒其腦。若屬重者。宜安臥。其頭須較低於身。置熱水瓶於身旁。以被蓋住。倘能吞物。則用熱茶或激藥與飲。不能。則用熱加非及伯蘭地酒射入肛門。或用士的年水射入皮下。亦有多人用規定食鹽水 Sod. Chlorid. 1 drm, Aq. 1 pint 射入靜脉或肛門或乳腺下及臂之連膶等處者。其所射入之鹽水雖多用至數斤亦無妨碍。或用腎上腺精。Adrenalin 1, Sol. Sod. Chlorid. (0.6 %) 50,000 or 100,000 徐射入靜脉。每分鐘入數西西。亦能獲效。蝶鞍腺精 Pituitary Extract 亦有大力而增血壓。

腦力猝衰時。可用割術與否。係一重要問題。若受傷之肢不加重而腦力猝衰。大概可待人復甦時。方施割術。然在待施割術時。宜用莫非射入皮下以止其痛。庶爲有益。有時單處之損傷或須立即施割術。宜用迷蒙葯。則延腦司所不受傷處之激惹。故人之脉搏即佳。而猝衰亦消。又腹膜及腹內有重傷。不能待割術。可先注射鹽水入靜脉內。大有效。

(二)受傷性發熱 Traumatic fever (甲)非染性者。Aseptic traumatic fever 乃身受痏或骨斷。或筋帶扭傷。無論皮破與否。皆未有穉入者也。此因血絲痗在延腦內激生熱司所而致。有此者。溫度雖高至一百或一百零一。舌有苔。不思食。亦無甚要。越數日即無事。

(乙)病狀性者。Symptomatic traumatic fever 因中毒素或腐膶毒見上文膿穉染血。

(三)受傷性昏譫 Traumatic delirium

(甲)急性昏譫 Active delirium　病者不安寧而常動。惟不毆人。常在晚間顯此等狀。多在受傷後第三晚而顯。過數日即止。　治法。看護之人。不可離開。宜服通大便之劑。善理傷口。免有穢藏積。

(乙)呢喃性昏譫。 Muttering delirium　軟弱之人多患之。睡時。其眼望定一處。諸事不關懷。手指無故抓被褥。言語不清。大小便不能自主。舌乾作棕色而裂。且有牙垢。　治法。須注意調理身體。看護週到。或可獲痊。

(丙)中酒毒狂 Delirium tremens　此病獨酒徒有之。初起時。不能睡。夜則昏譫。受傷後三日。病狀尤顯。自疑有蛇虫等在其目前。每欲啓窗戶而出。或致失足跌倒。當其用力暴動之後。則腦力漸耗竭。昏迷不醒。倘所傷在腿。如骨斷者。則用懸腿架吊其患處。以免搖動。並兼四肢震顫。舌亦顫而垢白。大便祕結。　治法。若知受傷者爲酒徒。見有四肢震顫、舌顫、難睡等狀。宜用法防其發狂。蓋即啖以易消化之物。多服通大便之劑是也。若不能睡。則或用鋇氯或用哥拉或用三倍醛(巴拉第亥)Paraldehyd 或用莫非四分厘之一至二或亥歐辛二百分厘之一至一百分厘之一 Hyoscin 0.00032–0.00065 gm. 射入皮下。又當其發狀時。看護者勿過於用力以阻壓之。

第十一章　割症普通技藝

THE GENERAL TECHNIQUE OF OPERATIVE SURGERY

昔日割症後。多不見效者。乃因流血、膿穡染血、痳疨等症所致。今則有法止血及殺穡。與舊日大不相同。且有藥能止痛。故不以割症爲懼。初發明穡之理者。巴司徒氏 Pasteur 也。循其理而尋法以防穡者。李司特氏 Lister 也。

防穡法 Antisepsis　敵穡藥之力。各有不同。有能殺穡者。有能阻穡之孳生者。(防穡) 今將通行之化學敵穡藥。論列如左。

卡波利酸 Acid. Carbolic.　卽非挪。濃者能殺穡。淡者能阻穡孳生。此藥之晶顆類不便於用。每一百分藥。加水十分。卽成流動卡波利酸。當割症時。如欲蘸壞腡及解瘰毒者。常用此酸。平常所用之卡波利酸。藥一分和水二十分或四十分。二十分一者。須小心用之。因幼稚者之皮。最易受此藥之害也。溶解此藥時。宜令溶盡。倘有粒顆未消。則能損人之腡。若用此藥水過多。致毒入身體。則尿變靑色或黑色而成卡波利酸尿。惟用流動卡波利酸蘸壞腡。則鮮有此弊。

銾氯强鹽 Hydrarg. Perchlor.　通行所用者。爲水二千分和藥一分或水一千分或五百分。和藥一分也。五百分一之銾氯强鹽水。每百分加卡波利酸五分。乃李司特氏所名强合劑 Lister's strong mixture 也。凡割症器具。勿置於銾氯强鹽水內。因能令壞也。有不能受此藥而致患中銾症者。故宜愼用之。

銾雙氯鹽 Hydrarg. Biniodid.　用水二千分和藥一分。或用 70% 醑五百分和藥一分。此藥水乃於割術之先。用以洗手及洗病人之皮者。

硼强酸 Acid. Boric. 敵穉之力微。故幼稚及無穉之傷口可用之。當發炎時。此藥水亦可用作熱敷袱。

埃多方 Iodoform 乃黃色而臭之散。如撒在胴內。則其氯漸出。購此藥時。多未潔淨。須先浸於卡波利水或錄氣强鹽水。預備聽用。如有瘰癧等傷。用之見效。又有一法。用埃多方甘油。(九分甘油。一分埃多方)須先將藏此藥之樽。置於滾水。以殺其穉。三十分鐘後即用之射入患瘰之關節。此葯之功用。係能止抑瘰桿穉之孳生。中埃多方之狀即嘔瀉疲痛甚至昏譫及腦力脫失等。此藥人多不喜其臭。今已發明他藥如阿色透 Aristol 等以代之。惟功效遜此。

杷奴鎖 Chinosol 易爲水所溶解。而敵穉力亦大。且無毒。

來蘇 Lysol 亦易爲水所溶解。通行用水九十八分和藥二分。凡洗耳內及射洗瘴穴等。用之甚佳。

鉀錳上礬 Pot. Permang. **氫氧强洽** Hydrogen Peroxid 此兩藥之力。在其所藏之氧。氫氧强洽水。宜用以射入瘴穴。不久即有泡噴出。外物亦從而出。故毒潰或深瘴等。用之甚效。鉀錳上礬。其功較輕。且有染皮變色之弊。

夫馬林即**蟻醛水** Formalin 此藥甚有力。如用水九十九分和藥一分。以浸醫器具。惜能變黑色。亦能令皮變硬耳。新防穉藥見附錄。

無穉法 Asepsis 防穉藥。雖能禦穉。然能致皮發炎及洗傷口後多出滲液等弊。如欲免此弊。須用無穉法。此即用滾水或汽或火等爲之。然此法。亦有難處。蓋醫士之手及病人之皮。仍難無穉也。且空氣及房內塵埃。無處不有穉。故雖極力用此法。亦難盡絕。

玆有十二款。合防穉無穉二法。爲醫家所共遵者。詳列於下。

(一)手術室又名**割症房** Operating room (一)治理染穉者。(二)治理不染穉者。　房不必濶大。

物件愈少愈妙。若有學生及別人到房參觀。不可迫近。宜另闢一門。即在該處駐足遼望。而房內尤以光線合宜爲妙。墻壁用磁面磚砌成。地台亦然。並須中部微凸。四傍畧斜下。圍以淺槽似渠狀。俾洗房時。水易流出。盛玻璃瓶之架。亦須用玻璃造成。

(二)外科士及輔理者　醫士受病者之重託。須嚴守新法。徐去外衣。另換白衣一套。及潔淨鞋一双。淨手及臂。穿一無穉之長衫。戴無穉之帽及蒙口之布、再帶無穉之手套。輔理者亦當如此。至割症時。切勿言語。若咳嗽。或噓噴。則其頭勿向病人。各人皆不得携汗巾等物。若不得已抹汗。亦須再行洗手。一切割症器具。須就近割症者旁邊。置於小棹。看護者亦須照此法預備之。

淨手法。　用軟鹻及熱水擦之。剪去爪甲。剔去爪甲下之污物。用攻穉藥水浸手。如鋖雙氯鹽一水五百。醋百分之七十。浸一分鐘久。另浸四十分一之卡波利水或鋖氯强鹽水。惟不用抹乾。若欲抹乾。則以無穉布抹手亦可。至割症時。用盃盛二千分一之鋖氯强鹽水。預備濯手。倘在腹內割症。則可用規定食鹽液濯之。亦有用無穉庫秋手套者。既割症後。醫者之手。宜用醋抹之。免皮變硬。

(三)潔淨器具法　未割之先。用百分一之鈉氰碳强礬水。煑沸。待沸後。將器具放入。約五分鐘久。取出。或置在無穉布上。另加一布蓋住。或置在卡波利水。或來蘇水中。倘割症時。有器具跌落地上及染污穢。則宜洗淨。置於流動卡波利酸中半分鐘久。止血鑷等器具之有機牙者。須先放鬆其機。然後置沸水內。

（四）**拭子**或曰**綿球** Swabs　昔日多用海絨。近來均以綿紗球代之。其製法如下。用綿花一層以一方紗布裹之。再縫其邊。免致散開。施割術之先。須預備大小數種。置於殺穉蒸氣器。俟乾時用之。剖腹之先須備長紗數條及紗球。點清數目。以免誤留一球於腹中。最妙每十球爲一串。以便點明所用之數目。

（五）**縛線**及**縫線** Ligatures and Sutures　**絲縫線**　宜置沸水內半點鐘。後置在二十分一之卡波利水中待用。惟煑時。其線勿捲緊。須放鬆。

腸縫線　不可煑。又不可置在卡波利水內過久。因能壞也。有一法最妥。用氯一分。鈒氯鹽一分。蒸餾水一百分。將腸縫線。鬆捲玻璃軸上。浸之。置於暗室中十日。取出待乾。以無穉紗包之。用時。先置入酯內數分鐘。以消過多之氯。照此法預備者。不獨無穉。亦有敵穉之力。且鮮有害於胴。　又有一法可恃者。將腸線置在伊打內二十四點鐘。後置在二百分一之夫毛林水。亦照前之久。再置於沸水五分鐘。取出。另置於銾氯强鹽酯內。然後待用。此酯乃銾氯强鹽一分。甘油二百五十分。火酒一千分。所製成者。

（六）**病者之皮**：　未割之先。剃去其毛。並用松節油、軟鹼熱水及防穉藥水洗淨。後用攻穉布濕敷。如四十分一之卡波利水或二千分一之銾氯强鹽水。俟病人到割症房時。當割之處。宜照前再洗。須注意者人之皮不同。如上等家之婦女及小孩。其皮薄嫩。若用重攻穉藥及用刷過力。最易破

裂或受激惹。至於作工人之皮粗而厚。不甚潔淨。故用重攻穉藥。或用力刷之方可。惟有數處。如臍、外耳、脚趾、莖頭冠等。皆須小心令其潔淨。近有新法。即不洗其皮。而以氯酒刷之。此藥最能殺皮之穉。用此藥時。必使皮乾。否則氯酒不能滲入腠間。蓋因皮濕時。腠即脹大。而阻酒滲入也。施割術之前十二點。須將病處之毛剃淨。並潔淨其皮。用無穉布蓋好。俟施手術之前兩點鐘。再以氯酒刷之。至割症室另刷氯酒一次。所用之氯酒必用煉酒配者。木酒不可用。每百分酒須有二分氯或二分半氯在內。

(七)部位 Area of operation 預備當割之部位。或用無穉乾布圍住。或用布浸防穉藥液圍住。皆可。該圍布須用鋏子在皮上鋏定。有用防穉葯液洗患處者。倘病不甚。則可不用。若甚者。則用熱食鹽水 6% 淋之。至割畢時。亦可用防穉藥液洗之。若腹內或關節內割術。宜少用防穉葯爲妙。因此葯能惹腡及致多流液。又能令腹膜之膚腠失脫也。

(八)止血 Hemostasis 未縫之先。更須留心止血。若恐有血緩流及有液流出。則用引流管插入。後將引流管剪至恰與皮相平。再用線穿過引流管。縛於皮處。令勿移動。多則兩日。即除去此管。至割時。用紗一方蓋住割口。然後由近割口向外拭。將血水除去。

(九)敷料 Dressing 此料不論用何物製成。皆宜具四項要點。(一)含大力之防穉藥。(二)其藥不易洩散。(三)不激惹體腡。(四)善於收吸洩出之血清等物。即如鋖鉦衰粉紗。 Double cyanide of

mercury and zinc gauze 具有此四項。故宜用之。須先置於二十分一卡波利水內數點鐘久。將銾鉦衺粉之結粒者除去。及臨用時。再以四十分一之卡波利水洗過。然後敷於傷處。亦有獨用無穉布敷之者。倘傷處有多液流出。則用此銾鉦衺粉紗。甚爲獲效。

(十)割後療法 After-treatment

倘不用引流管揷入及包裹之料未濕。則越一星期後。始爲換藥。換藥時。即將所縫之線除去。多可順癒。若曾用引流管揷入者。則逾一二日可除去其管。倘割症後。一日之內。液多流出。而濕透其敷料。則不必解開。宜用二十分一之卡波利水。濕其布帶。再以棉花、防穉紗布帶裹其外。

(十一)換敷料 After-dressings

換敷料時。須嚴守防穉之理。不然則有穉竄入矣。換敷料之先。須預備各器具。俾換時妥速。若兩日之內。諸事皆順。則除去引流管。用防穉紗棉花布帶裹之。所用之料。須較少於前。若割症後無引流管揷入者。宜待至第八日。方爲換藥。並將所縫之線除去。此多屬順癒。然亦須加以防穉紗棉花。及塗以火棉酒。Collodion 使之粘緊。

顯露法 Open method 此法與數種割術大有效。用此法者最要乃止盡傷口之血不流。並將傷口對閉。且不用引流管。揸乾之後。用百分二之氯酒。刷於傷口。又用無穉布巾。圍繞患處二十四點鐘之久。此後不用敷料。每日只用氯酒刷傷口一次。若係小孩。須用法使不抓摸患處。治疝及同類之手術。用此法最妙。

第十二章 流血又名出血 HEMORRHAGE

流血 Hemorrhage 流血乃血由血管而出。或少而自止。或多而須用法止之。大約因傷而起。然亦有因血管脶弱及血壓力大而起者。亦有因瘀斑 Purpura 𤸷 Scurvy 及易流血性 Hemophilia 之症而起者。動脉流血其色鮮紅。流勢之湧與心搏動同律。若出於深處之動脉。則血不湧跳而滾滾然流出矣。靜脉流血其色暗紅。流勢徐徐。若傷大靜脉。則流勢作細湧跳。此因呼吸肌縮之故也。毛管流血由受傷之處漸漸而出。血流入連腡 Extravasation of blood 乃血由血管流入鬆連腡中。而致患處腫大成瘀。Extravasation 雖血不顯於外。有時流甚多。以致人死。有時血流於皮下或洄膜下而成小瘀斑。Petechiae 此因有輕傷或毛管壁因病而改變如𤸷症瘀斑症及膿毯染血症等所致。

嘔血。Hematemesis 係血由胃嘔出。其原有三(一)喉洄膜流血入胃。(二)顱底有折傷。流血入胃。(三)腸上段流血入胃。所嘔之血。若久在胃內。其色棕而凝。乃因胃液雜在其中。若係胃流血則所流之血色鮮紅。且有血塊在內。

咳血。Hemoptysis 係由氣管而來。因病或傷所致。其色依血之多少而定。少者色淡紅有泡。多者與由動脉來之血同。極多則致氣閉死。有時糞內有血。Melena 其色黑。此因育道有傷或流血也。若血由肛洄膜來。其色不變。有時尿亦含血。鼻流血曰鼻衄。Epistaxis 尿含血曰血尿。Hematuria

第六十圖

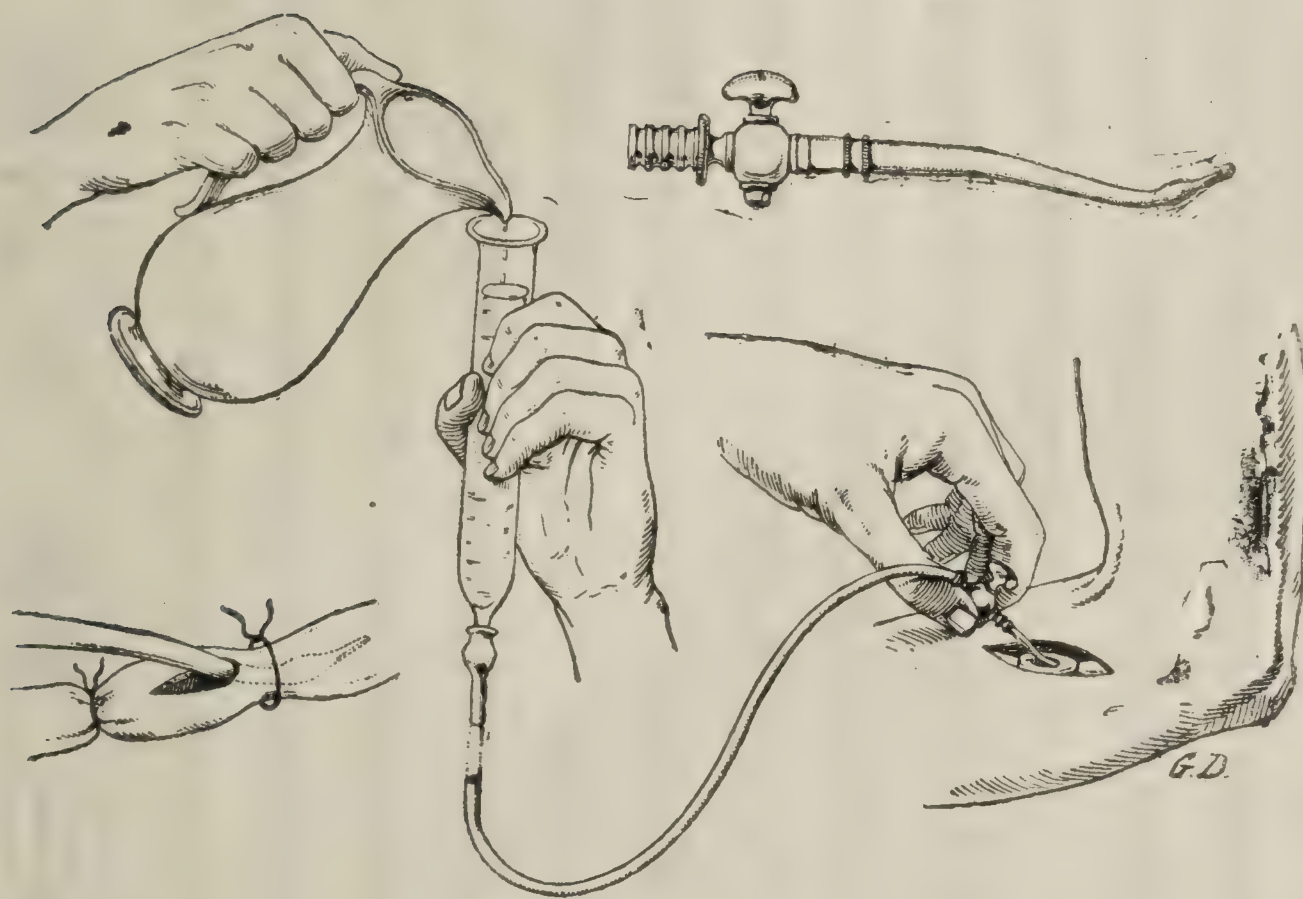


Fig. 60　INFUSION INTO VEIN OF FOREARM

Above, a useful form of m tal cannula is represented ; below, the arrangement of the ligatures on the vein.

靜脉灌鹽水術

上爲入靜脉之筒　下即縛靜脉之法

流血之全身狀 Constitutional effects

血流甚則致呼吸及血運之功漸停而人死。身出冷汗。皮靑白。唇、耳、睟等皆如之。呼吸快而淺。或四肢細瘂。或目失明而人死矣。若突然用力則暈倒。耳鳴。目昏。頭痛。如此者因顱腦欠血。脉搏快而弱。且顯重搏狀。是謂之流血脉搏。又因脉壓力少而足痳腫。當流血時脈壓力必輕。然血流不過度而止。則壓力速復常矣。此有二故。(一)司血管腦經令動脉縮小。(二)淋巴流入管而補其缺。　老者幼者難支持流血。惟幼者血流既止。能速復原。老者不然。　欲知血流時。身所剩之血如何變更。參觀上第四章。

流血之全身治法　若流血多者。最要安息身體。低首。床尾之脚宜墊高。俾血運得至延腦之要所。如血流已止而心弱。可服激藥。若流未止則不可服。若流血者將死。此時用帶包其四肢。用手按腹總動脉。使血勿流入下肢。仍復歸於頭及腹。有名醫云。若善用引注血術。及靜脉灌鹽水術。則無一人因流血而死。引注血術 Transfusion 之功用乃加血壓力也。要在其量。不在其質。是以今舍引注血術而用靜脉灌鹽水術。Infusion 灌鹽水。乃用流質濃淡得均入靜脉也。所用之器乃金類製或玻璃製之灌漑具。(第六十圖) 將肘節內靜脉或腓靜脉處之皮割開。使靜脉顯露。靜脉之下段以線縛之。後開一直孔。恐射氣入靜脉。先將水盛滿灌漑具。繼揷管於靜脉內。而另用線纏靜脉於管尖之下。待去尖時。須將靜脉縛緊。用溶液之多少。必看其效如何。但最少必要幾水磅。或四五水磅亦可。平常只須一次。若腦力突衰。則用二三次亦可。　所射之溶液可用溫水一磅。加鈉氯鹽一英錢。Sod. Chlorid. 4 gm., Aq. 600 cc. 先以沸水溶解乾鈉氯鹽然後加無穉水至其量　所用之器具。須煑過滅穉。水之溫度必須一百零五至一百零十。(40° – 43°) 射溶液時。必逐漸入。始能與血相含。施靜脉灌鹽術後。血之比重暫輕。然不久即可復常。因溶液被胭吮去。故再射溶液於靜脉內亦可。　另有一易用之法。乃將溫食鹽溶液射入肛內。用管接溜筒與無穉空針。然後將針刺入鬆連胭。Hypodermoclysis 如乳腺前下或臀腹等處之皮下 溜筒須吊高五六尺。俾溶液入胭時有壓力。射時宜揉皮以散液。此法雖緩。然無危險。

第六十一圖

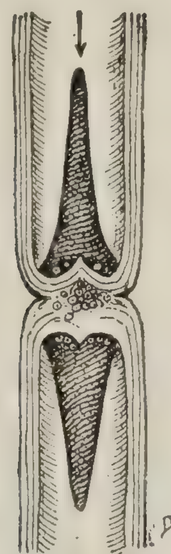


Fig. 61 EARLY STAGE OF OBLITERATION OF ARTERY AFTER LIGATURE

The thrombus is seen above and below the site of ligature, that on the proximal (upper) side being the larger; commencing cell infiltration of the bases of the clots is also indicated.

期初之住塞脉動後線縛

縛處之上下有血塊
血塊底初爲白脒所侵

第六十二圖



Fig. 62 LATER STAGES OF THE SAME PROCESS

The clots are shrinking and the lowest portions are being replaced by granulation tisssue. Proliferation of the tunica intima is also seen reaching beyond the apices of the clots.

期後之住塞脉動後線縛

血塊縮小其底爲肉芽胭
動脉內衣亦變厚

In both these diagrams the arteries have been represented of the same size throughout for clearness' sake; in reality the lumen would be much contracted.

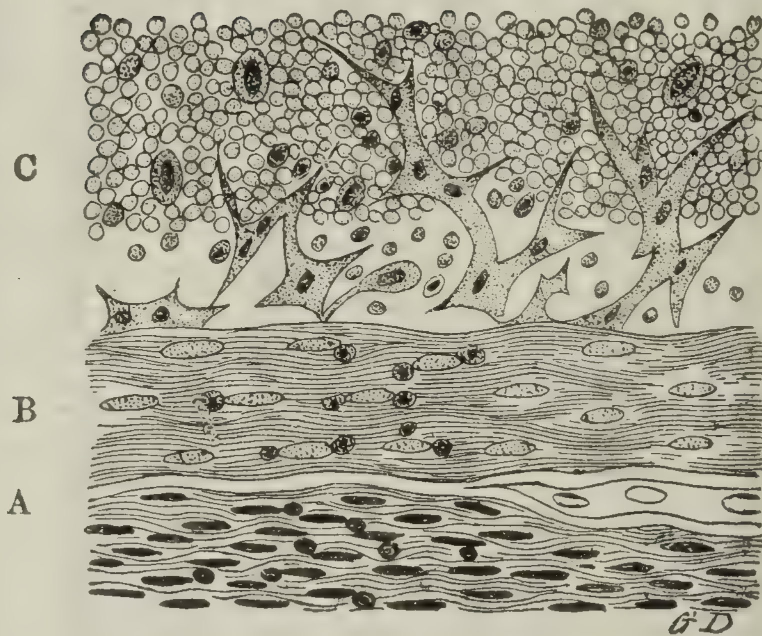
流血自止

動脈、靜脈、毛管等流血自止之功皆相似。可分兩端而論。（一）暫止。（二）恆止。

暫止 其故有三。即血凝。脈壓輕。血管變。是也。（一）血凝。苟血不凝。則雖破一小動脉管。血亦必流盡而人死。血凝之遲速。各人不定。依血所含之鐠礬之多寡等而異。易流血性者之血凝力薄弱。故危險。大約人所失之血愈多。則身所剩之血凝結力愈大。（二）脈壓輕者。乃因血流過多。或因腦欠血而心力減少所致。心力減則動脈壓輕而血愈易凝。（三）血管

第六十三圖

大脒即生筋膶脒
小黑脒即白脒
多小脒即血紅脒



所侵
C動脉內之血塊爲白脒及連膶脒
B動脉內衣變厚
A動脉中衣

Fig. 63 DIAGRAM OF EARLY STAGE OF ORGANIZATION OF THROMBUS TO SHOW THE INFILTRATION OF THE CLOT WITH LEUCOCYTES AND CONNECTIVE-TISSUE CELLS DERIVED FROM THE ENDOTHELIUM

A, Tunica media ; B, tunica intima undergoing proliferative changes and therefore thickened ; C, blood-clot lying in lumen of vessel becoming infiltrated with leucocytes (small dark cells) and larger fibroblasts derived from the endothelium.

血管內血塊初成膶有白脒及連膶脒由內膚侵血塊

及週圍之膶變。血管均能縮短及縮小。其故如下。縮短乃因縱列之彈力絲使動脉縮廻入內鞘。縮小乃因橫列之彈力絲縮。且血管之內衣在割處反捲。所以阻流而助凝矣。故流血暫止。

恒止 血流暫止。則動脉孔閉。後因成筋則恒閉。其情形如下。動脉壁縮而與動脈內之血塊粘合。但僅在該內血塊之底處相貼。動脉因傷則發膜炎。其壁盈血而有白脒侵入。亦有白脒滲入內血塊底。致變色。 白脒裂血塊而使消散。更有巨脒助之。(第六十四圖) 動脉內衣之內膚脒加多。且有生筋大脒。侵入血塊。(第六十三圖) 又有肉芽膶。由挨近血塊處之血管壁而生。更有新血管

由動脉壁之動脉而生。血塊之尖漸縮。而被白胅消散或被肉芽腑所食。若用線縛一動脉。近心端與遠心端皆如此而變。且白胅有時可侵入線內。將線包裹或消散。如此則動脉孔中。被肉芽腑塞住。久則變爲瘢痕。而血不能流通矣。

(第六十四圖)

學者必明動脉塞住。不必籍血塊而然。即動脉被線縛而內衣發炎。亦能塞動脉。靜脉毛管之止血流。因血管壁相貼而有外血塊助之。與動脉止血之功用相似。惟無內血塊而已。

流血之外科治法

止流血之術極多。無一不可用。遇患流血若無預備器具。則可以指按流血處而止之。

(甲)血散流而不知何動脉所出。則用以下數法皆可。

(一)位置　若血由下肢體流出。必升高其肢。靜脉即因地之攝力而空。而動脉受感即隨之自

第六十四圖



Fig. 64 ORGANIZED THROMBUS IN VESSEL SHOWING THE NEWLY-FORMED CONNECTIVE TISSUE OCCUPYING THE LUMEN OF THE VESSEL AND VASCULARIZED FROM THE VASA VASORUM
Two giant cells are seen in the center

血管內血塊變爲新連腑且有毛
管從動脉中衣延入中有二巨胅

縮矣。

(二)寒冷　用冷水或氷皆可。血流入穴。如肛及陰道等處。可用冰敷之。或以無稀之水射入。

(三)熱水　或當割病而血甚滲。或當產後而痸。可用一百三十至一百六十度 (54°－72°) 之熱水。甚有止血之能。有人云。此法能激血管之不隨意肌。然若其熱不足使傷口之面變白。則不能止血流。且反助其流。故此法之要點。實爲熱水凝血之胉。

(四)烙　Cautery 除用電烙治血瘤蔕或用烙療痔瘡外。少有用此法止血流者。若一處之胴。發炎變硬。而縛線不便。用烙止流血亦可。然須注意不可過熱方妙。因正紅之熱。則如刀割。而不止流血。

(五)藥料　有助止血之能 (甲)用於患處者。名止血藥 Styptic 皆能使血凝結。如鐵氯强鹽液、Liq. Ferri Perchlor. 鐵氰强礬液、Liq. Ferri Pernitratis 炭匿酸 Acid. Tannic. 沒石子、Galls 白礬、Alum 銀氰强礬、Argent. Nitras 止血膠等。用時必先拭乾患處。再撒於流血處。以上數類藥。愈有止血之能。其潰性愈大。故用後恐有潰爛之患。(乙)飲者可增加血之凝結能。如乳銷鹽 Calcium Lactas 爲最妙者。用時可按射肛法。射十五厘 (1 gm.) 入肛。每日二三次。施割術之先。若知爲重流血。須先服此藥。甚有防流血之功。(丙)藥料可使血管縮小。而阻血流出。如腎上腺精 Adrenalin 其功用乃免血流。不在止血流也。施手術於鼻者多用之。用此藥時。須以水調合成溶液。若久存則溶液變壞。若加可卡印 Cocain 少許。則此液止血之能愈强。(丁)尚有數類斂藥可止血。如松香油、Ol. Terebinth. 哈

瑪米利、Hamamelis 麥角、(丁葛) Ergot 鉛醋礬 Plumbi Acetas 等。其功效之所以然。未曾查明。(戊)若肺或胃出血。最要須使病者安身靜心。故宜用鴉片類。

(六)直接壓術 Direct pressure

前已詳述。凡血之滲出者。苟用壓法。每可止其流。如割口之兩面相對確切。則以寬帶緊纏之。血流即可止。惟流血較重而已知其由何血管而出者。則宜另用適宜之術。若一時他種止血法尚在預備之際。則醫士可以指壓法暫時止血。各種止血術。條列如下。

(甲)針壓術。Acupressure　昔人未知可消的無稜縛線。故多用針及壓鑷二術。及今則常用縛線矣。以針壓血管者。乃將針由此側刺入皮下。壓在血管。又從彼側將針尖刺出皮外。或割口之胴最硬。不能拉出其血管而縛之者。可用此術。然不如以彎針縛線結之。

(乙)夾術。Forcipressure　割病時常用止血之二法。爲夾以鑷及縛以線。夾者以鑷夾動脉端也。凡止小動脉之血則夾數分鐘。而加以一扭即效。割口深處之大血管不能縛。則須用鑷夾一日。所用敷料。連該鑷一併敷入亦可。

(丙)扭術。Torsion　扭大血管則以鑷捻之。出其鞘。再以他鑷橫捉之。須扭其端六七扭。扭小血管。則連鞘捻之而盡扭之。扭血管之功用係斷其中內二衣。使之反捲而助成血塊也。

(丁)縛術。Ligature　此爲近日最常用之止血法。所用之線料。其力須足夠縛動脉之用。又須浸於身體之液而不壞。日久無論消散與否不成激惹之物存於胴內者。方合用。常用者。乃羊腸線。

Catgut 其製法如下。將羊腸盡浸於水內。後將洄膜與肌膜刮去。只存筋膜。晾乾後。將此筋膜製成條。此條若浸於血清內半句鐘之久。則漲而軟。故須設法使之硬。且使之不速消散。又須十分潔淨無穢。最妙用李司特氏預備腸線法。將線久浸於鐄强酸 Ac. Chromic. 及硫弱酸內。羊腸線在胭內。其消散之遲速。在乎此線浸於鐄强酸溶液內之久暫。近來賣此線之店。備有十日消散者。二十日消散者。三十日消散者。或四十日消散者。不等。但用線時。仍須按前所論之法。滅盡其穢。（見一百九十六頁）絲線及蔴線亦可用。亦有用牲畜胭。如袋鼠肌腱。或牛總動脈壁條等。又有人用牛腹膜作條。以縛未割斷之動脈者甚佳。 琶根氏假象牙 Celluloid 亦甚合用而無害。但須先煮之滅穢。而後用之。

第六十五圖

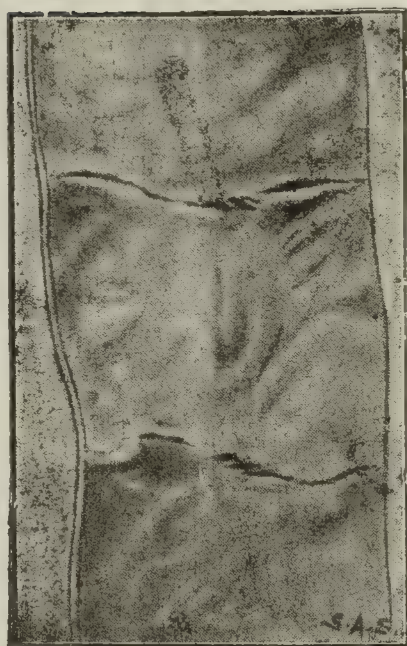


Fig. 65 EFFECT OF TYING LIGATURE FIRMLY AROUND AN ARTERY

The ligature was tied at two levels and the artery then laid open longitudinally.

縛動脉之上下兩處圖

以線縛動脈之效果。其壁之內中兩衣裂而畧捲向內。（第六十五圖）縛未斷之動脈。其上下二端之內中兩衣。亦裂而畧捲。後則此處之血塊變成筋胭而塞動脈管。若線內有穢。則成一激惹之物致動脉壁潰爛而線脫。病者恐有過後流血之險。 動脉管成筋胭而不通。非因內中兩衣裂所致。若

用動物膜所製之帶。輕縛血管不傷內衣。僅使內衣相貼爲一。即致動脈管不通矣。

動脈流血　ARTERIAL HEMORRHAGE

分臨時、復、過後三類而論之。

(一)動脈臨時流血 或曰初流血 Primary arterial hemorrhage　分爲二類 (甲)傷口顯露者。血明顯流出 (乙)動脈受傷在皮下者。血流於皮下或膕內而不顯。

(甲)傷口顯露者　血在傷面湧流不止。其止血之規則如下。

(一)須查得流血之動脈而縛之。　無論近傷處之膕腫否。必割開尋得出血之動脈。不然則不能定其血由何動脈而來。如遇有小腿流血。以爲由骭前動脈而出。細查之。始知爲腓骨動脈受刺傷而出血也。若腋處或腹股間有傷。每難定其血由何動脈而來。　若縛動脈之近心端於流血處畧上。而其血仍流出。乃因其血由相通之動脈循遠心端而出。但有數處(如手掌、足掌、頸總動脈枝等)只可用此法。因在傷處縛動脈甚險而難。或頗有後患。故不在傷處縛之。乃縛動脈近心端也。

(二)若動脈全割斷。須縛動脈之遠近二端。若係刺傷。亦照此法縛之。後將動脈割斷。此因相通之動脈。可由二端出血。(傍代血運速成)故大動脈尤須照此法而治。

(三)當流血時可用以上之法。但血既停流。則不必尋覓出血之處。以免動脈孔之血塊移動。而血

復流。只用敷料裹好。然病者因腦力脫失而暈倒。外科士疑有大動脈幹受傷。必須尋而縛之。以免病者腦力復原時有復流血之患。

壓動脈暫止血流 頸總動脈者。須立於病者之後捉其頸。以指按於髃顳肌之前邊而壓之。令向第六項骨之橫峯。用此法壓項脊動脈與脾下動脈亦可。 面動脈者壓向頷骨及嚼肌之前。唇動脈者。用食指壓口角而以大指由外捻之。 顳動脈者。壓耳前向顴弓矣。 頰動脈者。在頰阜之外一英寸二分壓向頰上脊。 髃下動脈者。露其肩。揣其動脈。按之向肋下與後內。 肱動脈者。向肱骨而按之。其上半者自內往外。其下半者自前往後。 撓骨動脈及臑骨動脈者。在肘腕關節之上壓之。用二手捉其肘。一拇按一動脈。 腹總動脈者。由臍之左上壓向第三腰骨。若胖者則不能壓腹總動脈。 左髂總動脈者。用棒由肛內向脊骨壓之。 股動脈者。立於病者股之外側。而壓動脈向正後腰骶肌與骱支。如此可以止下肢之流血。用指壓止血。不能甚久。故須以器械壓之。如用裹帶或壓動脈器。緊縛一肢。或用手巾繫於肢上。再以木棍絞緊。用以上壓法。須先將棉花作球形。按於動脈上。使其壓力合度。此法須在傷處上施用之。後則割開傷處。將血塊洗去。而尋受傷之動脈。不得則畧鬆其具。血則畧流。得之則縛穩。然亦須縛動脈之近心及遠心二端。更須縛遠心者。因其動脈雖易縮。而暫止流。迨血壓力復原。而傍代血運成後。仍由該端湧出。

(乙)皮下動脈破 見第二百十六頁

(二)復流血 或曰血壓力復原之流血 Intermediate or Reactionary hemorrhage 受傷者。或割病者。不越一日而血再流。謂之復流。是因暈後人復醒。而所用止血之術不足也有二故。(一)縛法不善而線脫。(二)小動脉未縛。大約因暈時小動脉縮而不流血是以未縛。至壓力復原。故血再流。

治法 將肢升高。以寬帶壓之。敷冰亦可。若仍不止必解之。用熱鹽水洗傷。縛其動脉。緊包之。苟傷口邊滲血甚多。致不克尋見其動脉。則輕用烙器亦可。

(三)過後流血 或曰遲流血 Secondary hemorrhage 越一日血再流謂之過後流血。昔時無防穢之法。故此常見因傷口染穢。則縛線。動脉壁內血塊等皆被穢侵而潰。今罕有矣。

病原 乃因染穢也。亦有因縛線急消。或動脉壁有潰爛性炎。或血絲不凝。或血壓甚重。又慢性腎炎。傷熱病。皆能致過後流血。然若無穢則不必定能致此。蓋不僅血塊阻能血流。且周身有自癒之功能阻血流也。若有穢。則腡爛。故不能阻流。而反助其流。

病狀 乃割處染膿穢。且數次流血以致病者因屢次流血。或一次多流。而甚衰弱。過後流血愈早顯愈不危險。大約因小動脉來者。尚易療治。若過十日。而顯過後流血。則危重。大約由大動脉幹而來。甚不易療治。若動脉縛於末斷之處。而有過後流血之患。大約由遠端出。此因遠端復原之功少於近端。故易受穢染。此患之理由。乃因動脉衣之動脉。在動脉鞘內。被縛線隔斷。不能養其遠端。故遠端易壞。而重流血也。

治法 割斷被縛之動脈顯過後流血。則可用冰升壓三術試療。晝夜使人看護。晝皮號總動脈之道。備按壓器。倘流血一發便急壓之。然流或不止。或過幾日復流。則必開大其傷口。去其血塊。而重縛之。用卡波利水洗傷口。用防穉紗及黃氯粉塞之緊包之。若動脈流血不住。則留鑷於包料可矣。仍流不止者。或必縛動脈於遠處。或必重截斷其肢。

未割斷被縛之動脈顯過後流血。則必早如上法施治。且須在第一次縛處之上下一併縛之。若在軀幹或頸動脈髂動脈。惟有壓之而已。在上肢必再縛於遠處。仍不止。則必截斷其肢。在下肢。則不必在上處再縛。若因旁枝血運不足。則必即時截斷。

靜脈流血 VENOUS HEMORRHAGE

小靜脈之壁易縮。所以少流血。若大靜脈壁硬。如痕曲症。則多流矣。

治法 治法與治動脈同。然大靜脈受傷未斷。則縛其口。而不縛全管可矣。截斷一肢時。則總靜脈及總動脈均須縛之。若流血之靜脈太深。不易尋得。可用紗布塞緊傷處。

靜脈過後流血 此病罕見。但有時因一大靜脈受刺傷縛之。繞縛之處染穉。致縛線脫下。而血復流。若無穉染靜脈傷。血運不停。則必可愈。若傷染穉。線亦受累而脫。苟在小靜脈則炎狀可致靜脈閉塞。而血不復流。但在大靜脈。(如頸內靜脈)則無閉塞之狀。致血復大流。故須縛傷上下之靜

脉幹。

氣入靜脉　此最罕見。甚危。因氣在血內能阻血運也。氣旣入靜脉內。運至心右部。則在心室柱中與血雜合作沫。雖心縮强。亦難去其氣。

病原　大約因頸靜脉、腋靜脉、盆靜脉、或顱血埂受傷。蓋人吸氣時。胸之動力能引靜脉血往心。此時若傷。靜脉之口不閉。則或有氣入靜脉之害。譬如穿筋膜之靜脉。或靜脉壁變硬。或靜脉割孔不斷。或於盆內割瘤時。據瘤蔕致靜脉口開大。皆能啓其口而致氣入。惟靜脉盈血時。（如於施剖氣管手術）血必湧出。則氣難入。

病狀　氣入靜脉作嘯音。靜脉口或有泡。苟病人之未暈去。則覺氣促辛苦。脈搏快而弱。瞳大。或瘛瘲而死。

治法　遇此患必即時以指按靜脉口。注無穉之水於傷處而後縛其靜脉。或有暈狀。則低其頭。纏其肢。壓腹總動脉。俾血得至顱腦。服激藥。代引呼吸。以助心力而補肺力俾血運通。又有壓胸助心去氣之法。然似無效用。

特別動脉流血之止法　ARREST OF HEMORRHAGE FROM SPECIAL SOURCES

頸動脉枝。　譬如自刎者。若不能得其二端。則不如縛頸外動脉。

項脊動脈。因壓此動脈必兼及頸動脈。故二動脈易混。不易辨血之來源。惟有在骶髂肌之前後用二指揑頸動脈而單壓之。或可認明其來源。治項脊動脈流血。須縛之。務必小心不可誤縛其頸動脈。否則血多至項脊脈。而流更多矣。

胸直動脈。此則不常用縛法。蓋者。此動脈受傷。心、肝、肺等或同時受累。若認明此動脈流血。或須割去肋肕始克縛之。該動脈在肐骨外半寸許之處。

肋間動脈。若止血墊壓不住。須割肋骨衣離骨而縛之。或剜割肋骨一塊。亦可。

第六十六圖

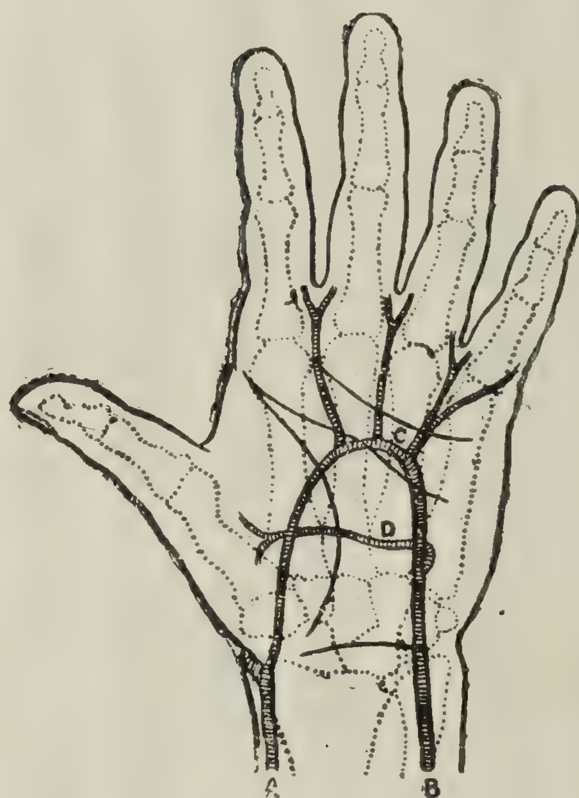


Fig. 66 HAND, TO SHOW POSITION OF PALMAR-ARCHES
A, Radial artery ; B, ulnar artery ; C, superficial arch ; D, deep arch.

手掌動脈弓圖

A	B	C	D
橈骨動脈	臑骨動脈	掌淺弓	掌深弓

掌動脈弓。其傷口之方位。可指明爲深弓或淺弓受累。（第六十六圖）若不明。則壓其臑骨動脈。可止掌淺弓之流。壓其橈骨動脈。可止掌深弓之流。淺弓流血。易得其端而縛之。然深弓傷如不能以鑷捉之。須從傷處割大直口。自指根至腕上。分腱而求其動脈之二端。用此法須早代動其指。免有粘着之後患。舊傷與有稚之傷。或不克行上術者。則用紗塞滿。包其五指。纏手於夾而繫之

以帶。三日不出其塞紗可矣。血仍流者。則縛臑骨動脈與橈骨動脈。若無效。不如在肘節。縛肱動脈。先壓之視血止否。若肱上分枝。或有額外異動脈。則必縛腋動脈方有效。　足蹠動脈弓流血亦照上法治之。

臀動脈。骶動脈。陰陽外器動脈三者有時受刺傷。其治法如下。由臀肌順肌絲將傷口開大。(即割口向下向外) 縛其動脈端。若畫一線。由髂後上角起至骶大阜止。將線分爲三分。臀動脈由盆而出。居於內分中分之間。陰陽外動脈。居於骶峯在髂後上角及骶骨座之間。若於二者畫一線而分三分。此動脈經過下分中分之間。骶動脈由盆而出。較陰陽外動脈畧高。陰陽外動脈。有時在會陰處。亦可受傷。若尋得而不能縛。須縛髂內動脈。

易流血性　HEMOPHILIA

易流血性。係一症也。或胎生性。或遺傳性。或偶有性。其時狀爲畧受微傷(或破傷或皮下)即顯不可控制且恆久之流血趣向。此等情況。每兼血滲入關節或他關係的現狀。(見第二十三章) 此症之遺傳性甚奇特。常由女人直接傳至第一代之男子。或間接傳至後二三代之男子。而女子孫反不受遺傳。易流血性之病原。不關於血管而關於血。大概係血絲腥凝糖不完全或有一種抵凝質所致。除發顯流血之際外。並無他異常之況。惟一有傷損。則必有沉重之流血繼之而起。或在皮下或成皮瘀。或

在洒膜。不定。故對於此等病人。剖割術不甚相宜。蓋有時甚或因拔去一牙。致有流血疕者也。

治法　此等人以不受傷爲要。居乾燥之處。穿煖衣。常服魚肝油鐵劑。試改其病性。又可服錯氯鹽。當流血時。須常臥。升其流血之體。可服斂血葯。及助血成血絲脭之葯。若流血處不在腸。服瀉藥亦可。敷冰暫有益。恐後反盈血而更流矣。若受外傷。錯乳馨十至二十厘。水十兩射入肛。或服二厘至五厘。每日二三次。傷處宜敷腎上腺膏。或可卡印。重者可烙之或久敷冰水。　近來或用馬血清或兎血清射入皮下。或內服。其份劑乃十至三十西西(10－30 cc)或用敵㾦血清亦可。

第十三章　動脈傷及症 INJURIES AND DISEASES OF ARTERIES

動脈囊　縛動脈術 ANEURISM　LIGATURE OF ARTERIES

動脈損傷 INJURIES OF ARTERIES

動脈痏 Contusion　此因血管直接受撞力所致。痏之大小依傷與動脈之情狀而異。若動脈敗變。則小撞可亦成痏。隨後血結塊。致顯乾性或老年疨狀。好動脈則不然。須受重擊始顯痏狀。

動脈破 Partial rupture　由大撞或伸力。或節舊脫所致。或因節內粘着或離位而醫士用力使之復原。致扯破。僅破內中衣者。二衣反捲如門扇然。故阻血行而結成塞塊。若傷在血管一旁。則在傷處成血塊。致血管之膛窄而不致塞。然留此弱點。則久而久之或成動脈囊。若皮之傷口有螆。則動脈外衣恐發潰爛性炎。而有後流血。或曰動脈外衣既裂。則內中二衣變凸。致成動脈囊。是不多見。

動脈斷 Complete rupture　血常流不多。此因者血管內衣斷於上。而反捲及血管外衣斷於下。而蓋其口。肢扯斷傷大約有此狀。　皮下受傷。或致出血而成大瘀。骨折節脫二傷。或亦如此。

病狀　當時覺痛在一處。其痛循動脈道而下。受傷之處。則汎發急腫。先無熱。有搏動或有鳴可聞。皮面如常。後則患處發熱。不跳不鳴。而皮紅色。　受傷之遠側。其肢痲冷。脈不搏動。皮變白。若瘀

壓於靜脉則皮色赤而瘀腫。此傷之後狀。按血流之多少而定。

結局 或瘀腫增大至破皮。苟不施治。則人必多流血而死。或血流於內穴不顯於外。亦可至死。或瘀生膿。則色紅、發熱、瘀腫、捫之狠覺痛、似大瘧。全身顯熱病之狀。不治之。則人必死。或瘀壓於靜脉及旁伐血運動脉。則血運不通。或致該肢生濕疥。或動脉口生血塊。則流血之狀漸無。旁代血運動脉通。是以肢體存活。其瘀即消散。

治法 與破皮而斷動脉者之治法同。必用器止血不流。割至動脉扯破之處。出血塊。而縛動脉之遠近二端。若不得動脉口。則鬆其器。使血稍流。再不得其遠端。則以紗塞所割之口。不必縫之。然壓動脉器必圍其肢而留之。以免復流血。若血流於皮下。而其瘀生膿。則以上法治之可矣。若傷久。膶瘀腫而爛。用上法不行者。必近心或縛或壓其動脉。若肢將發疥與動脉過後流血二者。則無他法。必截斷方妥。

動脉刺傷 Penetrating wounds 若刺傷而動脉斷。必有流血之患。但有時血不顯於外。若大動脉割斷。則流血甚多。若小動脉則血速止。因動脉衣反捲而縮之故。若該刺傷僅累及動脉之一側。則該動脉不能縮。故血流不止。凡治此傷。若動脉小者。可將動脉割斷。動脉壁即縮而血止。動脉大者則用線縛其上下兩端。而後割斷。若刺傷係循動脉管直入。則血流不多。若橫刺或斜刺則傷口開大流血必多。若大動脉小枝近其源受傷。則因大動脉之壓力而血噴出。治法。須將大動

脈上下及小枝之遠端三處皆縛之。而在中央割斷其大脈。　近日有人試縮所割動脈之口。不塞管膛。若刀口小而循動脈。即可縫之。然有人已縫口於腋動脈長一零半之百分米(1.5 cm)用此法。必以最細之線縫其外衣。須精密以對其內衣。動脈割斷者。縫合二端。上端褪於下亦有之。此法可以少用。　如所刺之物小如針。則不流血亦無害。至終。恐血管之瘢變弱而生動脈囊。此傷多因玻璃割手腕者有之。欲免生動脈囊。必尋得傷處。上下縛之。而在動脈中央割斷。

第六十七圖



B 圖動脈靜脈通囊

A 圖動脈靜脈相通

A 動脈　V 靜脈　AN 血囊

Fig. 67　DIAGRAMS OF A, ANEURISMAL VARIX AND B, VARICOSE ANEURISM

A, Artery ; V, vein ; AN, aneurism.

動靜脈同傷 Arterio-venous wounds　靜脈動脈相近處。被刺傷而彼此受害。於肘節之前。達肘節內靜脈與肱動脈。於頸達頸內靜脈與頸動脈。於胅股處達股靜脈與股動脈。亦於眶。均有之。所致之害有二。(一)動脈靜脈相通。(二)動脈靜脈通囊。

動靜脈相通 Aneurismal varix　二血管相接而通於刺傷。動脈血之壓力重。靜脈血之壓輕。是以血自動脈向靜脈而流。靜脈壁弱則漲。血入靜脈有響。并有搏動。其聲若蒼蠅在紙袋然。捫之可覺顫動。

治法　欲免靜脈漲加重。可以庫秋帶纏該肢。或痛。可由上下二處縛其動脈。有時靜脈漲甚大。須先去之。後可得其動脈而縛之。

動靜脈通囊 Varicose aneurism　(第六十七圖)此異於上。二血管雖不相接。乃有口出血。在兩者之間成囊。所以通流。因囊壁非血管衣。乃新瘢之膶。名假動脈囊。後此必無一定界限。其狀與上畧同。且靜脈少漲。捫之可覺其囊或有顫鳴可聞。

治法　必上下縛動脈使囊之血凝。而靜脈漲則退。若靜脈蓋其動脈。乃先縛而去之。後將囊割除。有時如不除囊。即縛動脈之上下亦可。

動脈炎及動脈壞變 INFLAMMATION AND DEGENERATION OF ARTERIES

動脈炎或由外衣起或由內衣起。皆可延至中央。致全壁患炎。茲依急慢兩性論之。急性動脈炎者即動脈炎。染性炎。漂團炎。因病原而異。

(一)傷性動脈炎 Traumatic arteritis　多因動脈管被扯或痔傷等而起。其狀與自瘉之徵相同。是動脈衣之動脈盈血。血滲出而動脈衣生厚。上十二章已論之。

(二)染性動脈炎 Infective arteritis　大約由外而起。因有穉之傷或染穉之縛動脈線或有潰爛處染既侵入。動脈衣盈血而軟。其穉所發之毒素。則消去動脈壁之膠質。致線不能結合。動脈裂而

出血。或動脈小則可結成血塊而不裂。或動脈大。必易流血。且所縛之血管之過後流血者。及肺癰巢流血等。皆如此。

(三)漂團性動脈炎 Embolic arteritis　若其團無穢。則動脈患純炎。而塞漂團。若團有穢。可使動脈壁一處軟而後成動脈囊。是為小兒未受傷而生動脈囊之一大原因。

第六十八圖



Fig. 68　ATHEROMA OF AORTA

總動脈壞變

(四)急性動脈炎　此病大概與急性心內衣炎者同發。動脈內衣有數塊片。其色淡紅無光。其形小凸。其質若筋膠然。總動脈及近瘍之小動脈或亦有之。

(五)動脈硬變症 Arterio-sclerosis　乃動脈壁變壞而發炎。昔名慢性動脈炎症。大約在中年時起。每僅為年老之徵兆。在壯年者。多因慢性中毒所致。(如癲癯鉛酒等毒)亦或有因用肌過度及惡瘤所致者。又為急性熱症之後患(如癥症、急性如馬特症等)或凡使動脈壓力加大之症。如慢性伯瑞特氏症 Bright'sdisease 亦能致之。初起時。動脈外中二衣變壞而失其縮性。內衣遂加厚。再後動脈壁之敗變。在乎汎發性者。或單處者。

第六十九圖

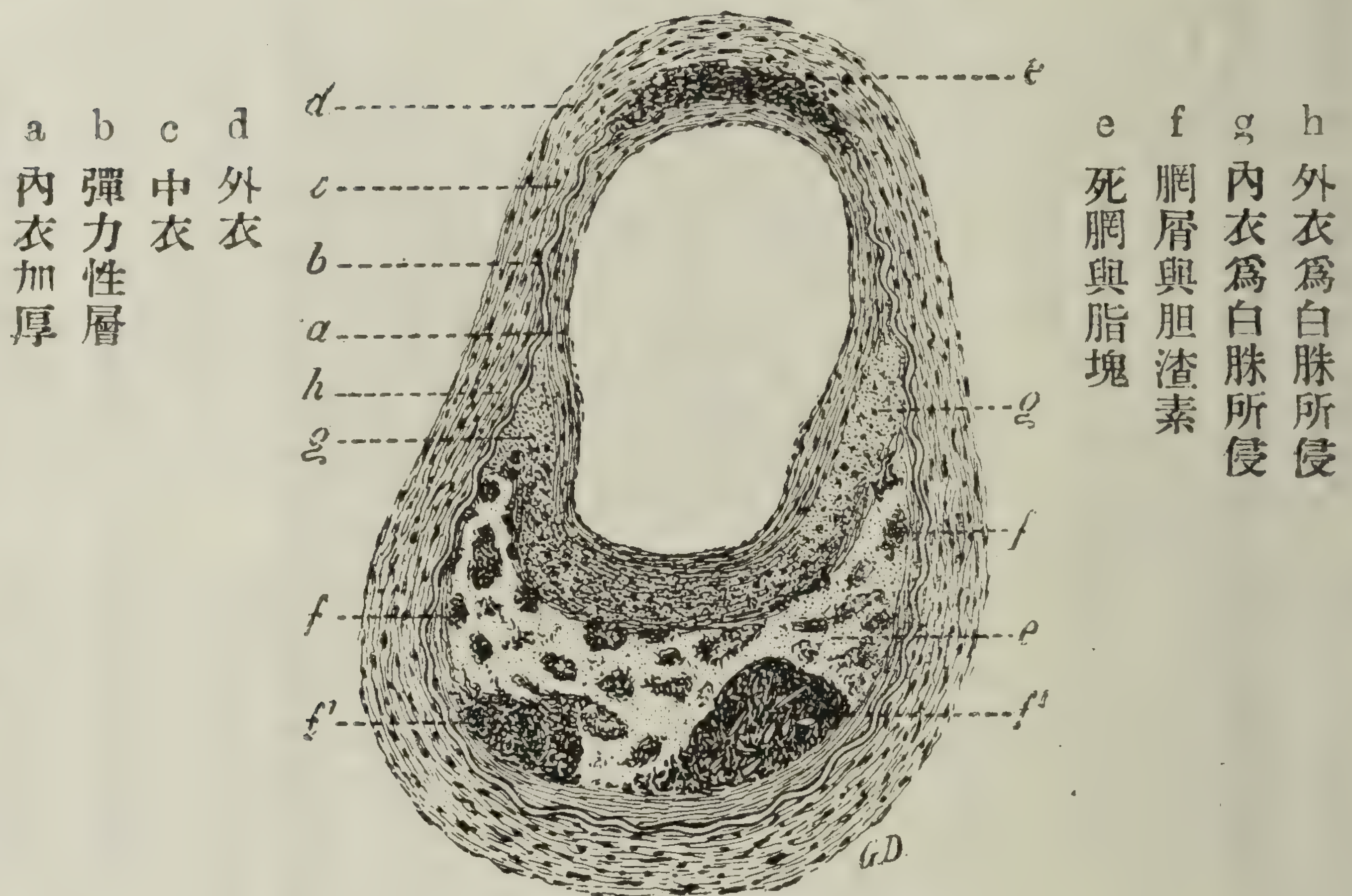


Fig. 69 SECTION OF ATHEROMATOUS CEREBRAL ARTERY ×50

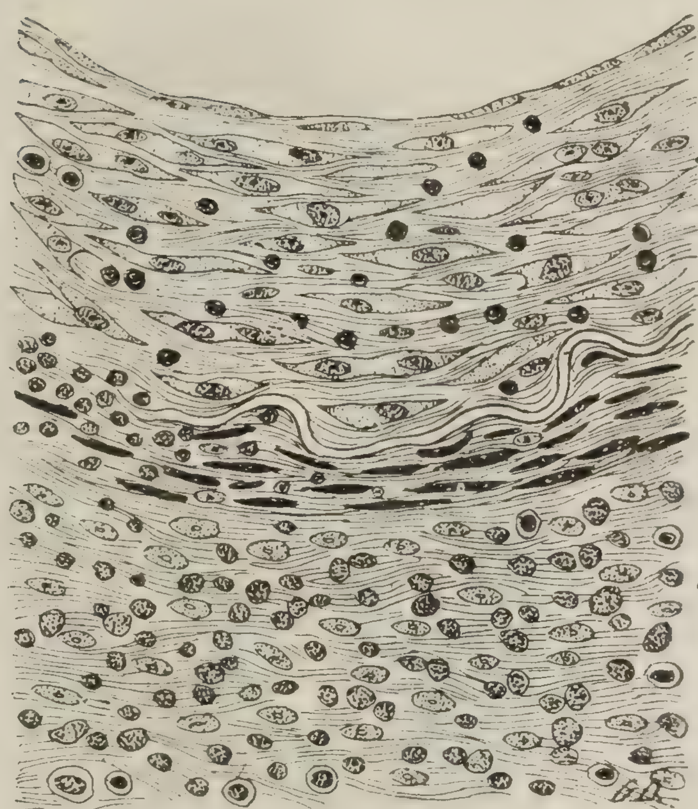
a, Intima considerably thickened ; *b*, bounding elastic lamella of intima ; *c*, media ; *d*, adventitia ; *e*, necrosed denucleated tissue with masses of fatty detritus ; *f* and *f'* detritus with cholesterine tablets ; *g*, intima infiltrated with leucocytes ; *h*, infiltration of adventitia with leucocytes.

大腦動脈變壞

疣形動脈變硬症。Nodular arterio-sclerosis 最常累及總動脈及大動脈。多起於總動脈弓。在血所噴之處。或在動脈管經過骨凸之處。或在動脈分枝之處。初起時。血管內衣顯有畧高之塊。作透光之灰色。大小不一。所蓋之內膚脒滑而光。再後其塊變筋性而色白。或有錯礬侵入而成錯礬片。　有者數處變為脂。其色淡黃。其形不齊。先小。後相合而成一大塊。名動脈壞變性瘰。其質似粥。含脂油與可誅司特林。(膽渣素)但無膿。此質或消散而動脈壁變軟。或成動脈囊。或錯礬侵入而成硬片。或內衣破。其

質流入血內。而患處則成一動脈變壞性瘍。此時因動脈外衣加厚。雖當時無狀現出。但成瘍之處有瘢痕。終則該處有動脈管痕大之患。再者若血滲入動脈壁間。致內衣與外衣相離。患處則成一夾衣動脈囊。Dissecting aneurism

第七十圖



d 外衣因脒侵入及本脒數多而甚厚
c 中衣肌絲
b 自縮層
a 內衣因新筋網加厚極甚

Fig. 70 SYPHILITIC ARTERITIS × 150
a, Intima greatly thickened by newly-formed fibrocellular tissue ; *b*, fenestrated elastic lamina of Henle ; *c*, muscle fibers of media, infiltrated towards the left ; *d*, adventitia thickened by cell infiltration and hyperplasia.

瘰性動脈炎

汎發性動脈變硬症。Diffuse arterio-sclerosis 此多見於年老者。小動脈管常受累。同時心總動脈或顯單處變硬狀。其改變之狀。與疣形者同。但多使動脈管成筋網而動脈膛縮小。因動脈衣均加厚。但少有敗變之狀。若累及腦動脈。則腦之功用被阻。若累及四肢之動脈。又稱爲塞性動脈炎。能致該處成疥。有時或累及大動脈。

(六)**慢瘰性動脈內衣炎** Chronic syphilitic endarteritis 大約在瘰之第二期終及第三期顯出。先

累及動脈內衣。（第七十圖a）後則中衣有脒侵入。（c）再後則外衣更有脒侵入。（圖d）其害多在小動脈。在腦動脈及腎動脈。或近瘰瘤處更顯大動脈少受其害。但患此病者易生動脈囊。瘰性動脈炎與平常變壞之不同處。乃（一）瘰炎累及小動脈。（二）累及動脈之一週。不獨累及動脈之數處。（三）所成之新膶。有新血管而不變爲脂。（四）瘰性動脈炎症能令管膛變小。不令管壁變弱而膛痕大。若累及腦動脈。常有單處癱症顯出。及有半身不遂之狀。

（七）慢瘰性動脈內衣炎 Chronic tuberculous endarteritis

與瘰性炎畧相似。凡有瘰粒之處均可顯出瘰粒常繞動脈致動脈塞。然瘰性動脈炎不但累及患處。更可蔓延遠處。

（八）原發鎶礬性變壞 Primary calcareous degeneration

（第七十一圖）大約累及下肢之小動脈。老年人骨瓤。有鎶礬沉澱之患。多患此症。鎶礬先沉於動脈中衣肌絲之中而成環。圍住血管致血管變硬如石。而失舒縮力。故經過之血。不能加多。全身同時有動脈變硬症。患此症之肢。即欠血而少養育。致手或足變冷。肌拘攣。或覺如針刺然。因塞團而成疪。名老年疪。爲常見之結局。

（九）似蠟性變壞 Amyloid degeneration

臟腑變爲蠟狀質。始於血管。第五章已論之。

動脈炎及變壞之效果

本處若將內膚除去。裡膚面新露。即能聚集血絲而結成血塊。在此血絲所成之衣下。多能自漸復原。毫無他種加雜患。然若血流阻澁。管膛窄狹。則或致全塞。其血塊或向上或向下。甚或由一小動脈而入總動脈。致該動脈被塞。動脈囊亦係由動脈壁有弱點所致。

第一十七圖



Fig. 71　PRIMARY CALCAREOUS DEGENERATION OF ARTERIES
(From College of Surgeons' Museum.)

動脈骨礬性變壞

動脈閉塞之故。苟非因血塊。即係動脈之內衣增厚過度。（例如癯症及瘰症所患）或由外面逐漸增之壓力所致。動脈自裂。Spontaneous rupture 亦有時因此而起。

他處　血之供給不足。因而生活力低減。係動脈症最明顯之結局。每爲許多瘍及疥之先導。例如老年疥。係動脈變壞爲鎖礬所致。心變壞爲脂。繼養心動脈變壞而起。又腦變軟則因大腦血管之各病所致。皆是也。此外則動脈之本處症所脫出之漂團。亦能致與上相同之效果。

動脉囊 ANEURISM

動脉囊者乃動脉壁痕而成血袋。其內有血。或凝結或否。該囊與動脉相通。

病原 動脉囊之故。在乎動脉壁改變與血壓力增加二者。（一）**動脉壁改變** 因受傷或變壞而致。受撞刺之傷。可累血管壁。所以長動脉囊。壁既變壞更易長之。或動脉壁上有瘢。亦爲危險局所變壞與動脉之他病。易生動脉囊。又患癲與癯者其動脉壁變壞爲錯礬。因硬則更易長。幼年長動脉囊之故。多因漂團塞小動脉所致。

（二）**血壓力增加** 壓重而不齊者。猝然用力者。凡兵丁。礦工。鎚夫。其心忽狂跳忽平靜。使動脉壁。猝緊猝鬆。是助成動脉囊也。此病男子更多。又性急躁者亦易得此患。尋常動脉壓力無間而重。否則其壁常加緊。多生肌衣而少痕。故時常用大力如擔夫。不易致動脉囊。上所述之原因。中華多有之。然動脉囊罕見。可異。

構造 初成囊。囊壁係動脉之三衣所成。然長則變爲筋膶。蓋周圍之連膶叢合也。際此則動脉中外衣難分。其內衣膚脒壞而有血絲注其上。囊尙小。內膚脒未壞。則囊內之血屬液性而不凝。然囊長時則有血絲成層。苟是層加厚而塡滿其空處。則囊或因之而自痊。血絲層之早成者色黃白而乾。遲成者色較紅而軟。而其新成者則與新凝之血塊相似。此等血絲層無周佈全界者。每逐

層相疊。其最舊而最小之層。最貼近囊壁。

囊形　其類有三。即梭形動脈囊。袋形動脈囊。夾衣動脈囊。

(一)梭形動脈囊　Fusiform aneurism　囊壁周圍皆痕若葱然。(第七十二圖A)此係汎佈之動脈壁病所致。故患處在身內大動脈。如總動脈者。較在各肢之動脈者多。動脈內衣常周裹全囊。然有增厚及變壞之處。該變壞成鐕礬之處每有血絲條。動脈之中衣被其內之血所痕而枯薄。動脈外衣因炎而更厚。粘貼旁胴。梭形動脈囊痕大甚緩。有時或至甚大。而顯沉重之壓狀。不克自瘉。苟不施治。則每致破裂。

第七十二圖

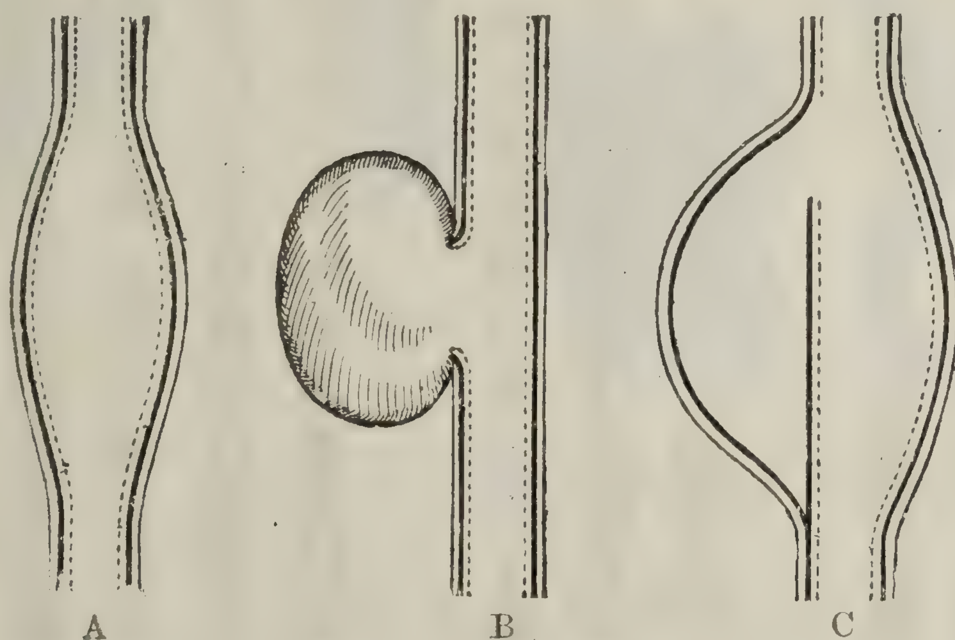


Fig. 72　DIAGRAMS OF FUSIFORM, SACCULATED AND DISSECTING ANEURISMS

In the fusiform (A) the walls are expanded but more or less normal in texture; in the sacculated (B) the normal structure of the arterial wall ceases abruptly at the commencement of the saccule; in the dissecting (C) the arterial wall is split into two lamellæ.

The interrupted fine line is supposed to represent the intima; the continuous dark line, the media; and the continuous fine line, the adventitia.

梭袋夾衣三類動脈囊之圖

C 夾衣動脈囊其壁分而爲二層

B 袋形動脈囊動脈壁至囊口則盡變

A 梭形動脈囊其壁脹而胴不甚變

小線即動脈外衣

大線即動脈中衣

點線即動脈內衣

且或囊壁一處較易凸出。成子囊。

(二)袋形動脈囊 Sacculated aneurism 動脈壁之一處弱而痕作囊。若袋然。外傷所致之動脈囊皆如此。所以多在四肢。然亦可生在梭形囊之上。動脈之中內兩衣止於囊口。囊壁爲筋網所成。亦有血絲集壁面成層。故堅厚而有抵抗力。雖如是。然其長大較梭形動脈囊爲急。大約致裂。自癒者或亦有之。(第七十二圖B)

(三)夾衣動脈囊 Dissecting aneurism 血在動脈壁中成穴。分中衣爲二層。多半從壞變炎層而起。囊內之血或屯積該處而不增加。或增加而汎佈。或由一變壞之層。廻裂入動脈內。是囊乃局所壞變所致。多在總動脈弓。人未死則難分別。(第七十圖C)

體徵及病狀 可分二類。(一)動脈囊自顯之徵。(二)動脈囊映他處之徵。

動脈囊自顯之徵 Intrinsic signs 動脈道有瘤。心搏動時瘤亦搏動。全瘤四面皆漲。若是以手輕捫之。無論何面皆覺震動。按囊之動脈則瘤減小。軟而不搏動。按囊則出囊之動脈縮小。不按則過二三脈搏之後。則其囊復原。若按出囊之動脈。則囊漲緊。其搏動越重。用聽法可知其至心縮時有鳴。其鳴有時大而澀。亦有時小而和。梭形囊有最大最澀之鳴。袋形囊或無鳴。或有雙鳴。總動脈囊。若在血反流時。亦有雙鳴。

動脈囊他映之徵 Extrinsic signs 乃囊漲壓胴。並阻血運。出囊之脈搏力小。蓋因血遇囊內之

阻滯。致脉搏遲而無廻湧。若動脉囊壓住傍代血運之相通動脉。則肢欠養而可致疕。若囊壓與動脉同行之靜脉。則靜脉管變小。而易結血塊。肢亦盈血而瘃腫。或壓腦經則痛。或痙或癱。囊長則肌讓伸而薄。骨被蝕而常痛。或致自折。若總氣管與食管被壓。則變窄或爛而成瘍。而最可異者。堅硬之胴如骨。其蝕速。軟讓之胴如朒。其蝕反遲。是以動脉囊壓迫脊梁時。其骨常壞過於其朒。　因阻血運之故。則心肌過長補償。動脉囊脫出碎血絲成漂團而塞血管。其囊或痊或致漂團等患。

辨症　動脉囊與他症之異點。（一）慢性瘴或眞瘤在動脉旁可傳脉搏。惟瘴只動而不漲大。若移瘴離動脉則搏動即止。或人翻身而瘴自離。搏動亦止。若壓住患處之動脉。瘴不減小。鬆其壓則瘴所傳之搏動第一次即如常。動脉囊不然。須遲一二搏之時始有。且瘴下處之脉搏如常。（二）瘤在深處或撬動脉向前易誤認爲動脉囊。然而其搏動限於動脉條。而動脉下瘤不搏動。（三）搏動疕或搏動血癌。其搏動之力小於動脉囊。患處不定恰近動脉道。或在無動脉之處。硬弱不常。按入疕之動脉。疕不減小。且疕較動脉囊多粘於深胴。（四）動脉囊之痛恐誤認爲痺或腦經痛。凡有纏綿之痛。必愼察其動脉。

結局　（一）自痊　動脉囊雖罕自痊。然亦有之。（甲）有小口之囊。在小動脉之上。其內凝血絲。則漸滿而痊。然大動脉之血運快。所凝之絲不足滿其囊。（乙）漂團或在囊口。或在近下之處。可使血止流而速凝。（丙）囊大者致壓其動脉而止血運。（丁）囊壁發炎而血凝。此則或生膿而危險。然不

生膿而痊者亦有之。自痊者。則所留者僅似筋瘤。漸縮小。有傍代血運以養其肢。

(二)破裂　動脉囊壁因血壓力過大而裂。或因受傷而裂。動脉囊若在軀幹而裂。則病人覺患處痛。而顯流血之狀。過時則死。死之遲速因破裂大小而異。或幾分鐘。或幾小時。或幾日。此則甚罕。若動脉囊在肢而緩裂。則瘤漸長。界限不明。搏動減小。亦有壓靜脉與腦經之狀。更加重則肢或成疥。若急裂。則覺重痛。患處腫而緊。囊與囊下動脉不搏動。或因暈而人死。或其肢成疥。瘀血亦可生膿而後向外破裂。

(三)生膿　既縛大動脉。若在絨連膕或腋處。則或致穊入割口而生膿。動脉囊或因含穊漂團之毒而生膿。生膿時瘤顯炎狀。熱紅腫痛。周身煩燥。遲早瘻必外穿而出膿、血塊、及紅血。動脉囊如此。大可危。不用合宜療術。必死。如因突然暈倒或暫時復流血或血中穊毒而死是也。

動脉囊治法

(一)**全身治法**　雖云割術為要。然調理周身亦不可忽。亦有不可用割術者。當設法減少其害。患動脉囊之人有強弱。醫者必先觀其身體之壯弱而後治之。壯者患動脉囊。大半病急而早死。故必安其身心。而一切足以煩惱者屏之。先服銻氯弱鹽 Calomel 使之瀉。後則每星期二三次。服渣笠雜散二十英厘。Pulv. Jalapae Co. 1.30 gm 加血之凝力。可服鈣乳強礬五英厘。Calcium Lactas .33 每日

三次。亦可。若心撞過重。則宜服烏頭。Aconite 如有瘰患。用鉀氣鹽 Pot. Iodid. 爲妙。因其有效於瘰。又能減動脈之壓力也。宜少飲流體質。每日不可過一水磅。食物必須補者乃妙。弱者使躺臥。服鐵藥。凡飲食一節。不必如强者之拘泥成規。

(三)外科治法 (甲)**使囊壁疊摺。**不塞動脈膛。 此法甚妙。近時有美醫將囊壁疊摺而縫之。然僅數種袋形囊。乃可施此法。其法如下。使入囊之血。暫時不入。又將動脈囊開大割口。顯出動脈囊內面。又用線縫閉與動脈囊相通之小孔。又將入囊壁之大孔。疊摺縫閉。後將囊壁外胴縫於壁上。如此則該動脈管之大小可復原。大約雖小心用此法治之。否則難免動脈管日後有閉塞之虞。梭形動脈囊。亦可按此法塞之。須先由囊內縫閉血出入囊之二孔。又縫閉入囊之小孔。再後將囊壁疊摺而縫之。用此法治袋形囊或梭形囊。均不移去其囊。

(乙)**去盡動脈囊** Complete extirpation 若認囊爲瘤。則此法最善。其法將肢升高。使血由囊而出。再將囊上下。用線縛之。若能不開囊而去之。尤妙。不然。如袋囊掩動脈幹。難以措手。則可將囊割開。取盡其內物。有時靜脈與囊壁相貼。亦必除去。無礙。蓋因此靜脈已被囊壓小。而他靜脈漲大代之運血也。此法無論小動脈之囊或大動脈之囊。皆可用。且可望後來之好結局。因刀口能順瘉。所以較他法早瘉也。且病不復發。成痏之危亦少。因相通之血管。只代一處血管之功。不若韓德氏 Hunter 之法。使相通之血管代兩處血管之功(即在縛線處與囊周二處)者也。

（丙）使囊內之血沉血絲 Deposit of fibrin 或能致動脉囊與動脉管被塞。昔日外科士多用此法。近來間或用之。血絲若漸漸沉澱成層。較急沉爲層者佳。此有數類。如壓、縛、電化、插針等法是也。

第七十三圖

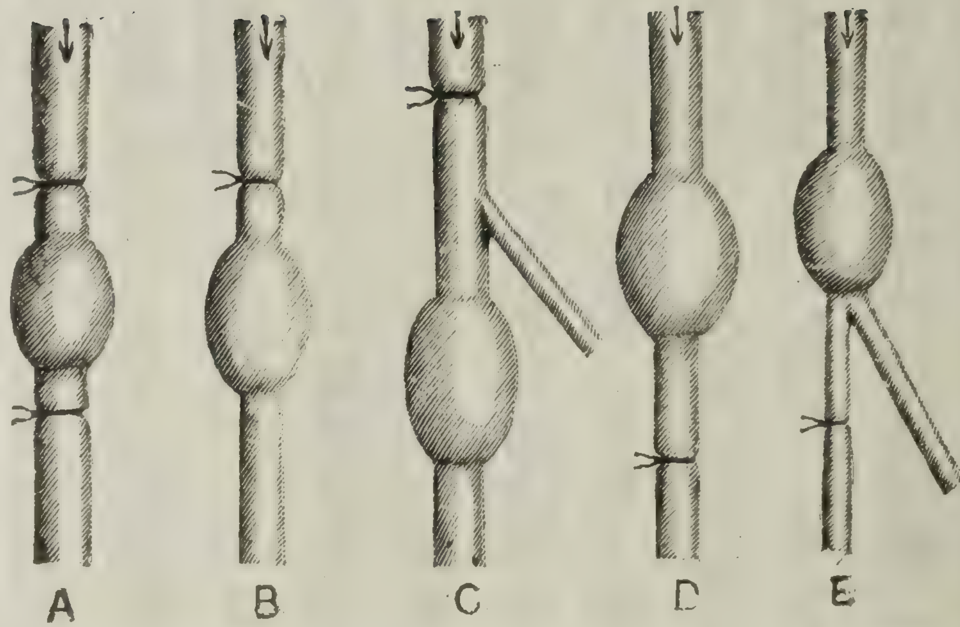


Fig. 73 METHODS OF APPLYING LIGATURES FOR ANEURISMS
A, Method of Antylus ; B, Anel's operation ; C, the Hunterian operation ; D, Brasdor's operation ; E, Wardrop's method.

縛動脉囊法

A 安氏之法
B 阿泥利氏之法
C 韓氏之法
D 巴氏之法
E 洼氏之法

（一）壓術 Compression 前一百年多用之。亦有效驗。或間時壓之。或壓之勿間。蓋間時壓者。可用指。或用物壓在入囊之動脉。其壓時之久暫。視病者之能受不能受。而總以三十分鐘爲度。若有腦經近之。則病者更不能支受。按時不必全阻血入囊。只要囊血之壓力漸少。能使血凝結而已。

壓之不間者。必施以蒙藥。使血毫不入囊。俾囊縮小而內物凝住。或數人用指接續壓之。每人十分鐘之久。如恐指力不足。可加物壓指上。使不放鬆更好。若此法不早見效。即不必續用。以免傍代血運

過通。後用他法。恐有碍。對於體弱者。通其傍代血運或無大害。然强者之血壓力大。故甚危險。囊受壓之皮面。須先將毫毛剃光。撤以無稜散。所用之壓墊須光滑之物爲妙。

(二)縛術 Ligature　安氏之法。Antyllus 將囊割開。去其內物。用線縛囊之上下二處。後則割口長肉芽而癒。(第七十三圖A)　當是時。尙未有蒙藥及防稜藥。故斃者多。過數日。復流血而死者亦不少。

阿內勒氏法。Anel's operation　以一線縛入囊之動脈於無支之處。此法亦危。或因生膿。或因復流血之患。或因線下動脈壁發炎而破。但近今亦有人用此法而見效者。(第七十三圖B)

韓氏之法。Hunter's operation　亦係縛入囊之動脈。然離囊較遠。且縛之不緊。使血緩流成血絲而凝血塊。後囊縮小成筋瘤。此法可用。但亦有不可用者如下。(甲)若心有病。或腹內另有一囊。偶然加血壓力。則必有危險。(乙)若以指按囊而不能止血流入囊。(丙)若周身之動脈頗有成鋇礬之患。(丁)肢將成疔。(戊)骨與關節頗受累。(第七十三圖C)

遠心處縛法 Distal ligature　(第七十三圖DE)　如首臂動脈、髑下動脈、頸總動脈等處有囊。不便縛動脈入囊之端。則可於動脈出囊之端縛之。或縛離囊畧遠一大支。如縛動脈幹。則囊漸縮小而內成血絲。若縛一大支。其縮小更慢。恐囊內難成血塊。　有時過一二日。囊內之搏動暫時復來。此因傍代血運已成。故非惡兆。但過七八日。始有此事。則非佳兆。恐囊復發。故當速設法以免此患。將肢升高。使平靜安穩勿動。又於縛處上用指畧壓之。如此法不效。可再縛一線。或施刀術。將囊割去更妙。

仍不效。則將肢割截。

(三)置異物於囊內 Introduction of foreign bodies into the sac 有醫士將鋼絲穿入囊內。使血成血塊。先將絲纏於籤頭。令絲環繞如盤。再用空針。送絲入囊內。其長短或一丈。或二丈亦可。雖有用此法治癒腹內之囊者。然究非良法。

(四)電化術 Electrolysis 有意國醫士。將上法與電化合用。甚效。其法將金線或銀線。穿空針。插入囊內。再將電之陽極連按插入之線。而以電陰極置於背。所用之電流由千分安倍之六十至八十。Milliampere 行過三十分鐘。則將線剪斷。插入囊內。而刀口縫好。有人依此法。療治首臂動脈囊、腹總動脈囊及髃下動脈囊。皆見其效。

又法。以細金類絲辮成長形籠。擠緊成小竿。穿過一筒。插入囊內。此籠即在囊內開大如傘。而使血成血塊於絲籠之上。以此籠用電化法亦可有效。

(丁)針刺術 Acupuncture 有一名醫。謂使囊內之血結成血塊。其法不善。惟使囊壁加厚而漸塞囊孔。斯爲至妙。又嘗用細針數條插囊內。而血自搖動針頭。使針擦傷囊壁。其壁即發炎加厚成筋瘢。行此法數次。乃可見效。然此法雖善。究之近皮面之囊。用他法更善。

(戊)截斷術 Amputation ·醫士當治囊時。見囊生有異病。則將一肢割斷。其病畧論於左。(一)肢將成疳。(二)囊發膿炎而他法無效。(三)囊過後流血。(四)復發之囊。(五)囊蝕骨或關節。

使一肢無用。(六)欲使髃下囊之血少。而在肩節割截。

汎佈性囊治法 Treatment of diffuse aneurism　此須視其囊佈大之遲速。若有血漏而其大遲者。可縛入囊之大動脈。調理身體。使肢升高安息勿動。倘猶不愈。則照治裂囊法治之。將肢升高。使血廻散。用庫秋帶縛之。割開囊。以線縛囊之上下。如另有動脈入囊。亦縛之。若肢已有成疕與復流血之狀。則惟割截而已。

炎囊治法 Treatment of inflamed aneurism　因此囊易裂而致命。施治較難。若入囊之動脈未受縛。則可以縛之。使肢升高。平靜安息。又敷冰於其上。倘炎狀仍不退。只得將囊割開。去盡其動脈。縛其上下。倘血由小動脈而流。可用防穢紗塞緊囊穴。謹守之。免血復流。如復流。或成疕。只可割截之。

特種動脈囊 SPECIAL ANEURISMS

胸總動脈囊　此囊雖歸內科療治。然亦無妨畧言其情狀與治法。胸總動脈無論何處。皆能生囊。其狀不一。初起時形如梭。後成袋形。總動脈弓升段變大者鮮。若起於心腦統膜內。有時患者猶未覺壓狀。而其囊已破矣。

起於總動脈弓中段者。其狀依患之位置。或在上或前或後而異。位置在上者。或見搏動瘤在肐骨峽上。因壓頸動脈及頸靜脈而顱腦受累。若向前而長。可成一大瘤。除蝕肐骨之痛外無壓狀。僅見

肐骨右邊有瘤與心同搏動耳。若向後或下而長。則病者早有氣喘及嚥難之狀。因囊壓氣管與食管及肺血管等處。若嗓廻腦經被壓。亦使人氣喘。因環瓢後肌癱及嗓口難開之故。其聲粗濁。失本音。咳聲乾硬。如擊金類質之響然。嗓有蟬鳴。心動時。則總氣管動。即總氣管受牽動之狀。總動脉弓下段生囊者。能痕至極大。在脊梁左成瘤而常搏動。因囊蝕肋骨與脊梁。故極痛。與腫窄而嚥甚難之病相似。如疑有腫窄病而用腫探。必先探然後用聽診筒在背後查其有囊動脉鳴否。

治法 除內科所用之法。如安身、減飲食、服鋏氣鹽外。恐他法亦無大效。有人用鐵絲置於囊內。畧見功效。又有人縛右髃下動脈及右頸總動脉。

首臂動脉囊 多是梭形。且總動脉弓亦有囊。此首臂動脉囊。顯於右肐髃關節後。彷彿一瘤。常搏動。右顳脉搏與橈骨脉搏變小。首頸右側與右臂狹腫。因右首臂靜脉受壓。若上總靜脉亦受壓。則左首、頸、臂亦瘇。又因頸腦經羅受壓。右臂與頸即痛。因交感腦經被激。右臉盈血而瞳展大。若總氣管與嗓廻腦經受壓。則氣喘而有嚥難之累。病若重。則有欠氣或囊裂而死之虞。

治法 多服鋏氣鹽。畧有效。但縛出囊之動脉。甚可望。欲縛首臂動脉三大枝。甚有不可。必須同時縛總頸髃下二枝。使囊血成血絲。如此法不效。可用上論之揷線電化及刺針二術。

頸總動脉囊 多生於此動脉分枝之處。右側多於左。在婦女淺血管成囊者。此動脉居多。有時首臂動脉有囊。則右頸總動脉亦受累。而左側罕受其患。頸總動脉囊之狀。與他囊相似。然另有阻

碍顱腦血運。致交感腦經受惹。嗓喉與總氣管亦受壓。但此囊之長甚緩。

診斷　欲辨別此囊與（一）頸根之囊。亦甚不易。因首臂囊、髃下囊、總動脈囊等能向上脹。所以當細問其病之來由。用叩聽二法。查胸上部。又捫囊之上界在何處。則可定其為何囊。以指按頸總動脈囊之上處數點鐘。其血壓力漸少。因傍代血運速成。若胸總動脈囊則不然。以此可辨明頸總動脈囊與胸總動脈囊。　左嗓迴腦經受壓。乃可辨別總動脈弓囊與右首臂動脈囊。又右嗓迴腦經受壓。不為胸總動脈囊所致。左首臂靜脈受壓。多因胸總動脈所致。頸內靜脈或髃下靜脈被壓。皆因頸總動脈或髃下動脈有囊。總氣管顯受扯牽動之狀。亦胸總動脈囊所致。　審查顳脈搏及橈骨動脈搏。大約畧助判定囊在何處。設左橈骨動脈受累。則囊在左髃下動脈根。若左顳動脈亦受累。其囊在總動脈弓橫段。若右側橈骨動脈搏及顳骨動脈搏均受累。大約其囊在首臂動脈。右橈骨脈搏獨受累則右髃下動脈有囊。右顳脈搏獨受累。則右頸總動脈有囊。依此所辨之囊。似乎難免無疑因所言之動脈幹。可為鄰動脈囊所壓。故查脈搏之強弱。較查脈搏之體積更為至要。宜用動脈壓力表辨之。較用指按妙。（二）辨頸動脈囊與瘰癧或淋巴腺變大。亦可照前法而定。（三）辨頸總動脈囊與搏動性癭或袋性癭 Pulsating or cystic goiter　癭多累頸兩側。囊則不然。且癭連於頸之中線。而居於肐髃顳肌上。嚥時。則往上下動。而囊又不然。（四）若頸總動脈末枝居位非常。如頸外動脈橫過頸內動脈時。被內動脈所推而至外。恐人誤以為囊。若有此事。兩側則皆有。當

細查始可知

治法　左髆骺肌上或下。以線縛動脈。平常用此法可矣。如其不能。可在囊上縛之。

頸外動脈囊　此動脈罕生囊。但有時由頸總動脈囊延來而生。此囊居頜骨角脾股間。因壓舌肌腦經。舌一半癱。嚥難。且失聲音。　以線縛囊與其枝而去之。如此不足。則縛頸總動脈。

頸內動脈囊(頸段)　此動脈之囊狀。與頸總動脈乂之囊相同。更向喉而長。故囊顯於喉壁似瘤。搏動。因貼近泗臏。易誤爲腭扁桃癰。　可縛頸總動脈而治之。

顱內動脈囊　頸內動脈枝。其生囊較多於項脊動脈枝。腦底動脈更多。而顱內囊多爲梭形。其來由多未查明。有云。或因打傷及跌傷而起。有由染性漂團而起者。有痕大而始顯其狀者。有囊未顯出。人即中風而死者。然後知爲囊所害。其狀多爲壓腦而起。覺有處甚痛。似乎腦項之開合然。而視聽及顱腦之他功。亦皆受累。若囊不壓視徑。則無視腦經炎及視腦經枯之狀。以聽診筒聽之。有時其頭有大鳴聲。　若查有囊。可縛頸內動脈。倘囊生於腦底動脈。則無法可治。

眶內動脈囊　有胎生者。因數動脈相通而成。有因傷而起者。若眶受刺傷。或腦底骨有折傷。由此而起者。多係蝶旁血埂與頸內動脈相通而成。或眼動脈受傷而起。又有不傷而起者。如眼動脈成囊。或蝶旁血埂結血塊。　眼球凸出。捫之若有脈搏然。眼球覺發腫而痛。以聽診筒離眶遠處而聽之。有鳴。眼球動有碍而視功失。眼瞭因瞼不能閉。白而無光。迨後則全球壞。若按頸內動脈。此時

即能減其弊。診斷。眶內疕瘤。睘有此狀。愼重按之。可以辨明。疕瘤之搏動。較動脉囊者小。眼球有瘤。則更移其位。但視功猶未失。治法。縛頸內動脉即效。胎生者。用電化法亦可。

髃下動脉囊　此囊。男子多於婦女。而平素常常用手力者。亦多患此病。右動脉之患。較左動脉更多。此動脉之第三段。患此病較他處更多。病狀。在髃下三角處。有一搏動瘤。亦或在髃上顯出。但多向下或外或後而長。故壓臂腦經與靜脉。又因激惹膈肌腦經而人常噎。若壓肺尖與胸膜。則或破裂。而血入胸膜穴。其㾗甚緩。因周圍之胭不讓也。診斷。此症不難辨。有時因肋骨生瘤。推一動脉向前。故誤爲此囊。又此處或生一疕瘤似此囊。然瘤硬。而其搏動不甚顯明。

治法　欲望美善之結局。甚不易。有人將髃骨中段除去。而後去其囊。若囊入胸內。則此法難用。又此囊胸外一塊未長。可以指壓術試治。或有效。不然。亦可用插線電化法試之。或亦有效。若此不行。可照韓氏之縛法治之。將首臂動脉縛之。向者有人以此法治。但多有因稚入或重流血而死。近時以防稚法治之。可以望其全瘉。然縛首臂動脉時。亦當縛頸總動脉或項脊動脉。以免血泛入此二動脉而迴入囊也。所用之線。必用睘寬之動物質。切勿破動脉衣。縛髃下動脉首段。向者十不一瘉。近來縛此動脉。在頸短動脉前。不破動脉衣。並縛胸直動脉。肋間上動脉與腋動脉上段。故見效。若能在髃下動脉中段縛之。亦可見效。縛髃下動脉之第三段則無效。如此等法不行。即可以在肩關節截臂而後縛其囊。或亦有效。

腋動脈囊　多因伸手跌傷。或肩節脫及骨折。或因治肩節脫用力過重之故而生囊。腋中有一搏動瘤。手臂痳腫而痛。腋動脈上段生囊。即在髃骨下顯一瘤。若囊將髃骨推上者。此乃不詳之兆。治法。可壓其髃下動脈第三段。或縛此處亦可。如不可。則縛髃下動脈中段。然縛此段。當謹防膈肌腦經。　肱動脈囊與肘動脈囊。亦不必躊躇。割除之可也。

腹動脈囊　腹總動脈囊。此動脈或在腹短動脈處。或在動脈分枝處發生。若在腹短動脈處。則周圍之枝。必皆受累。即顯搏動。該搏動顯於近腹中線或在臍部或腹上部。有漲動狀。起坐及臥時亦不移位。因囊壓腹大腦經羅及脊梁骨。人覺甚痛。又因總下靜脈受壓而下肢痳腫。則腸之功恐不如常。脾動脈、肝動脈、懸動脈等亦能生囊。　診斷。腹上部有搏動狀。其故不一。須留心查之。或用蒙葯細驗之。皆可分明。若心過長而腹上部有搏動狀。則易認。或腹內有疽瘤。或腸內有糞。而腹總動脈搏動傳過。亦不難認。如疑有此事。可使病者仰臥驗之。更使之胸膝貼床而察之。則腹囊之搏動罕傳至皮面。以X光線查之亦佳。　治法。先使之安息而減飲食。向者用壓術。有傷臟腑之危。故不必拘用。剖腹用插針術與電化術。皆能有效。

髂動脈囊　髂總動脈、髂外動脈及股總動脈囊。多為袋形。後變為無界限之囊。又因𦙶與筋膜之壓。或成葉形。其狀多關於壓下肢靜脈及腦經。　診斷。初起時不難辨明。後或易誤為搏動疤瘤。治法。用指或壓動脈器。壓入囊之動脈。可有效。同時亦須壓出囊之動脈。為添其效也。縛髂外動脈。

可有效於股動脈囊。縛髂總動脈亦可有效於髂外動脈囊。用此法必剖腹而縛。但腹總動脈則不可縛。因以此法治者。未活一人也。

臀動脈與骶動脈之囊　多因傷而起。囊居臀。臀囊在骶骶峽上部。骶囊較深或半在盆內。骶大腦經受壓故痛甚。辨此囊與搏動疙甚難。治法。症已辨明。可剖腹而縛髂內動脈。若誤認此囊。而在臀割開。可去其血塊而縛流血之動脈。

股動脈囊　係股淺動脈所起。多是梭形。男子患之者居大半。治法。以線縛其上下而去之。或壓股總動脈治之。

第七十四圖

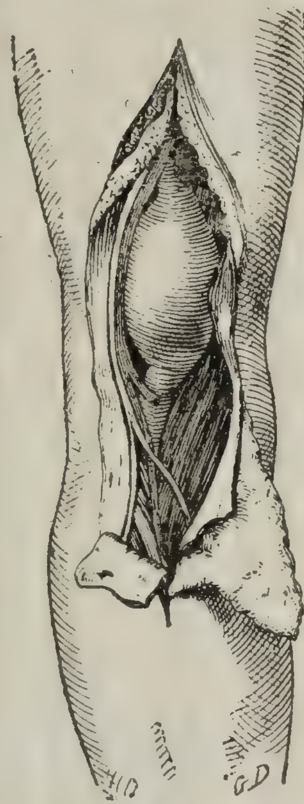


Fig. 74 POPLITEAL ANEURISM

膕動脈囊

膕動脈囊（第七十四圖）患此者男子最多。囊居膕處。致膝節痛而難動。與痺症之痛相似。下肢畧屈。囊長極速。若囊生於動脈前。恐使膝節受累而蝕爛其骨。若囊向後而長。恐使肢成⿸疒斤。因壓靜脈與膕動脈關節枝。而該關節枝與血運之通行大有關係也。診斷。此囊必與膕淋巴腺慢性變大症及其腺成瘻者明辨。此二患不大阻碍足之血運。膝滑囊腫成瘤而不搏動。據此即可辨為非動脈囊。欲知動脈囊非疙等瘤。照前所論之法而辨之。治法。雖壓術大有效。然必在股三角處之尖縛股動脈為妙。如此二法不行。可縛囊之上下而去其囊。

縛血管術 LIGATURE OF VESSELS

此術多用以止流血。或治囊。或阻瘤長。或減少器官之血。或預備割術。如割舌等術。

縛術 施此手術。最要按防穢法。先查見無病之動脈處而以線縛之。割開時。可將各膶認確。鈎開顯露動脈鞘。不然。難得動脈之部位。動脈鞘已查出。以鑷夾動脈。循鞘割長四分寸之三之口。後將鞘撥離動脈。用鑷將鞘夾穩。又以動脈囊針。曲穿動脈後。將縛線穿針眼而廻之。及結線時。須謹愼。用指按於線上結緊。

第七十五圖

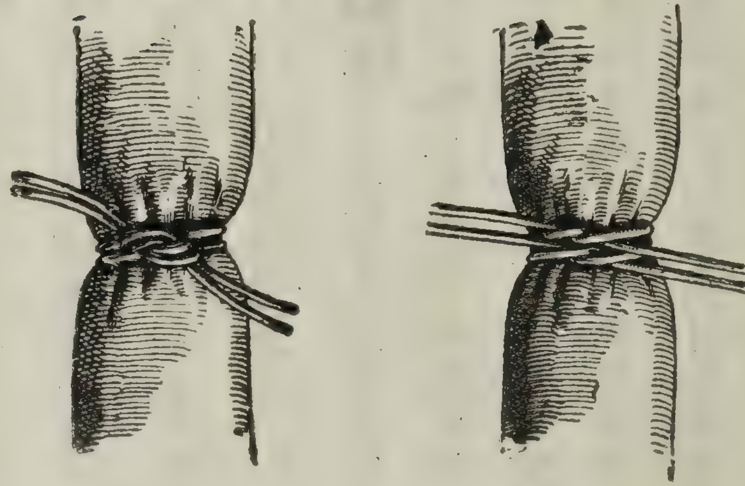


Fig. 75 STAY KNOT

分合結

方法 小血管用方結。Reef knot 大血管用合結。Stay-knot 旣先縛以一線。復以一線縛之。然後合其所縛之二線而結之。(第七十五圖) 此後用細線縫鞘。又將各膶縫還原。穿動脈囊針時。大約從靜脈旁處起。若靜脈被針傷。當時縛傷處。且縛動脈時。必遠離靜脈傷處。若動脈小。則與二隣靜脈共縛之可也。

縛後治法 須躺臥於床。至三星期。俾動脈得全閉而硬。而傍代血運成立。如動脈大而人老。更

當如此。若所縛者係一肢之總動脈。則用無稜綿遮好。而升高其肢。若微有成疛之危勢。須當潔淨其肢。　縛動脈後。大危險者有二　(一)**過後流血**　詳第二百十頁。

(二)**疛** Gangrene　其故如下　(一)失其活力。因相通之動脈壁硬。致傍代血運有欠也。少得血之腡先死。(若指、趾、大腦白質等是也)若割時多流血。常致疛。如是而成者。多爲乾疛。　(二)靜脈迴血有碍。或因割時靜脈受傷所致。或因帶過緊。或有染性靜脈圍炎。而結成血塊塞之。若此者。多成濕疛。　(三)或割後。調理不善。如升肢過高。或敷氷袋或熱水袋不正當。或肢發痳。皆能成疛。　治法。乾疛後可自脫。若痛過甚。或疛蔓延。或受染病者即發熱。全身受累。宜在疛處上截斷。

首臂動脉　有三十八人。縛此動脈而見效者。僅六人。在肐髃顳肌前之下三分。下割過肐峽上廉。胸頜肌與深筋膜亦割開。以線縛頸前靜脈。又將肐髃顳肌牽向外。而割截其內絲。其骺肌與脾肌。亦須割截。而牽向內。即將頸總動脈稍下段剖開。而縛其動脈。又從頸總動脈向下至首臂動脈。若先將髃骨內段及一小塊肐骨去開。則縛首臂動脈即易且速。頸右內靜脈及首臂靜脈。居於動脈外邊。倘靜脈盈血遮動脈。則須將靜脈牽開。在動脈之外靜脈之後。亦有顱臟腑腦經及胸膜。須當愼重。不可傷之。用双彎動脈囊針。以動物質扁線。在動脈外。向內側由下而上穿之。縛時。不可破動脈之中內二衣。　傍代血運 Collateral circulation (又名旁枝血運或副行循環)在顱內。項脊動脈及頸動脈。由腦底動脈圜而代血運之。　在面與頸。由頸外左右動脈之枝而代血運。　在軀之上處。脇間動脈與脇間上動脈。相通而代血運。又有脇間動脈腋動脈及胸直動脈之脇間枝。亦相通而代血運。更有腹下動脉及膈下動脈。此二動脈與直動脈下枝相通。

頸總動脈　此動脉於髆骺肌上或下。皆可縛之。　在髆骺肌上縛者。因動脈在此處於下處較淺。醫者多喜縛此處。平對

喉環肦而縛之。病者仰臥。首偏。勿視患處。循動脉割三寸長之刀口。刀口中平對喉環肦。(第七十六圖D)皮及胸頜肌。淺筋膜割開。便可見肫髑顳肌前廉。循此廉深割筋膜。將肌鈎開。上動脉之肫髑顳肌支。又有一靜脉亦或須割而縛之。刀口內側。於髆骺肌與肫髑顳肌之角處。可查見頸總動脉鞘。及降舌腦經在其上。鞘已割開。將囊針由鞘內穿外。如此則不必懼傷顱臟脖腦經。在髆骺肌下縛動脉。刀口但平對喉環肦。下至近骫髑節。將骫骺顳肌鈎向外。若鈎之有碍。則將肌之前絲割斷。肫骺肌與肫髀肌鈎向內。或割斷亦可。又將髆骺肌鈎向上。即可見動脉鞘。再將鞘割開。用針穿之。如前法。縛此處動脉。當留心頸內左右兩靜脉。往右而下。故左靜脉居動脉前。髀下靜脉亦在此處向下。若見之。則或鈎開。或割而縛之。

縛頸總動脉與顱腦甚有攸關。縛動脉後一百人之中。得大腦患者。有二十五人。其患或當時顯出。因腦欠血而人暈。或過數日而腦左側變軟。則右半身

第七十六圖

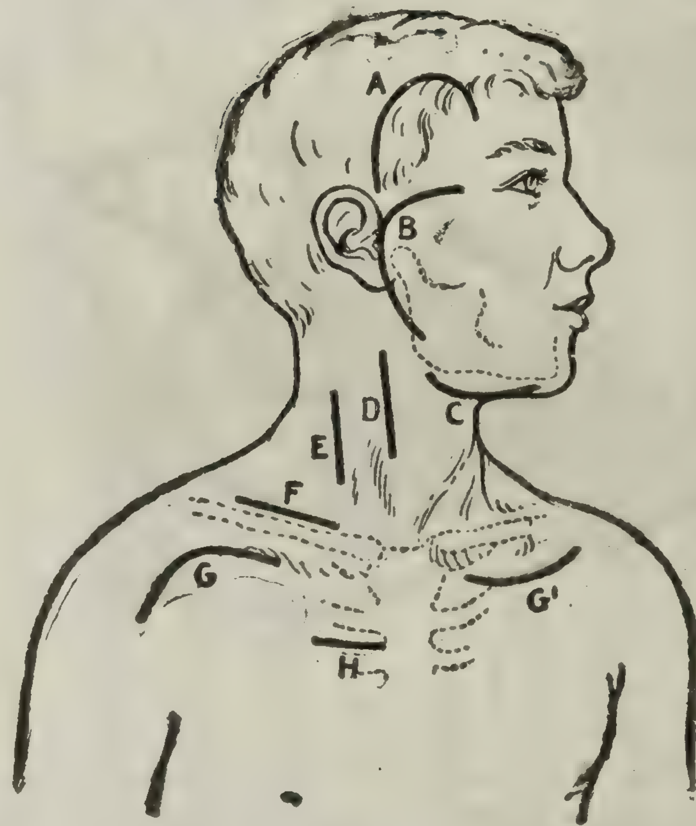


Fig. 76 INCISIONS FOR VARIOUS OPERATIONS ON HEAD AND NECK

A, Flap incision used in trephining for meningeal hemorrhage ; B, flap incision for operation on roots of the fifth nerve ; C, incision for ligature of lingual artery ; D, for ligature of common carotid ; E, for ligature of vertebral artery , F, for ligature of the third part of the subclavian ; G and G^I, incisions used for tying first part of axillary ; H, for ligature of internal mammary artery.

縛首頸項動脉之刀口

H 縛胸直動脉之刀口

G G^I 縛腋動脉首段之刀口

F 縛髑下動脉第三段之刀口

E 縛項脊動脉之刀口

D 縛頸總動脉之刀口

C 縛舌動脉之刀口

B 第五顱腦經根之手術刀口

A 因顱腦衣流血而用圓鋸術之刀口

癱。右壞則左半身癱。或以爲縛此動脈者二人中則恐死一焉。代頸總動脈血運。顱內有腦底動脈圜。顱外有頸總動脈枝。項脊動脈枝。兩側相通。脾下動脈與脾上動脈相通。又頸深動脈與項動脈相通。又有頸淺動脈與煩動脈相通。

第七十七圖



Fig. 77 LIGATURE OF LINGUAL ARTERY

The submaxillary gland (*Gs*) has been drawn over the side of the jaw with a hook ; 1, external carotid ; 2, internal jugular vein ; 3, lingual artery ; 4, ranine branch of facial artery ; 5, hypoglossal nerve ; *M dig*, digastric ; *M styl*, stylo-hyoid ; *M myho*, mylo-hyoid ; *M hyogl.* hyoglossus. The place where the artery is tied is indicated by a window in the hyoglossus, through which it can be seen.

縛舌動脈於頷下三角處

1 頸外動脈　2 頸內靜脈　3 舌動脈
4 面動脈舌枝　5 舌腦經

M dig.	M styl.	M myho.	M hyogl.	Hyoid B.	Gs.	
顳䯊頰肌	錐䯊肌	頷䯊肌	䯊舌肌	䯊骨	鈎上之頷腺	見舌肌之空縛舌動脈之處

頸內動脈　縛此動脈。循骯髃顳肌而割一口。刀口中須正對䯊骨大角。將肌鈎開。則見顳䯊頰肌。此肌亦鈎開。又將頸外動脈推向前。則可見頸內動脈鞘。既開此鞘。用彎針穿過而縛之。傍代血運之動脈即係腦底動脈圜。

頸外動脈　此動脈可縛在脾上動脈與舌動脈之間。在骯髃顳肌前廉割一口。長約三寸。刀口中須對䯊骨大角。骯髃顳肌扯向外。則見顳䯊頰肌後段與舌腦經居其下。在䯊骨大角下割開動脈鞘。用彎針由內穿外。有時因靜脈多。或有變大之淋巴腺。則施割術不易。脾上靜脈貼近動脈後。當謹愼不可傷之。　傍代

血運動脉。與代頸總動脉相同。

舌動脉　多因舌有惡瘤。如欲去之。必先縛此動脉而後可。縛處或近頸外動脉。或在頷下三角。此二處皆可縛之。縛頷下三角處法。使病人躺臥。肩升高。頭須偏。割開一口。如弧形。由頷中脊外起向下彎。再向上至頷骨角。刀口中正對䯓骨大角。（第七十六圖C）皮與胸頷肌割開後。頷下腺即顯出。循腺下廉割開。深筋膜將腺牽上。（第七十七圖）則見顳䯓頦肌之前後二段連䯓骨。前段在頷䯓肌上。此肌之後絲。可以割截。用鈎將顳䯓頦肌腱鈎下。即見䯓舌肌絲直竪於上。又有舌腦經舌靜脉橫於上。穿過頷䯓肌下。在舌腦經䯓骨之間。橫割斷䯓舌肌絲。刀口裂處即見舌動脉在喉中燕肌上。如此處不見動脉。向後尋之必得見。　縛動脉近其起處。刀口循肐髃顳肌前廉。如縛頸外動脉之刀口一樣。而勾肌向後。即見䯓骨大角。將䯓骨大角與顳䯓頦肌後段分開。即在此處可以探得舌動脉之搏動而縛近動脉之起處。

面動脉　在動脉過頷骨處。循頷骨割一寸長之口。動脉即在嚼肌前露出。而縛之。

顳動脉　在耳外管前割一直口。即可見顳動脉經過顴弓。在嚼肌前僅有皮掩。縛時。切勿傷耳顳腦經。

煩動脉　割一口。長二寸。從顳凸尖起。向煩珠。肐髃顳肌後絲頭項肌頭長肌俱須割斷等。則可見動脉在顳凸下槽。而縛之。

髃下動脉　此動脉有三段。皆可縛之。然最多縛之處。惟第三段。病者躺臥近棹邊。上肢垂下。頭避患處而偏。用左手。將髃前皮捺下。循髃前割開。刀口約三寸許。（第七十六圖F）放捺而皮即往上退。故刀口在髃骨之上半寸。所以頸外靜脉便不受傷。必將皮淺筋膜。胸頷肌。深筋膜等俱割斷。則能見頸外靜脉與別靜脉成如羅。此狀每致醫者難以措手。如靜脉不能扯開。則以線縛而剪斷。再將連網鈎開。然不可傷頸橫動脉與髆上動脉。若髆䯓肌後段顯出。則扯開。又有數層筋膜。當謹愼割之。又見臂腦經羅。即將指按於第一肋骨上珠。而靜脉在其前。動脉在其後。又有臂腦經羅。居上外。然臂腦經羅之第五縧在動脉後之下。故穿針時須貼近動脉。免將此腦經縧縛在內。若病者瘦弱。割之不大難。若胖。則割之恐有阻碍。因頸項短而髃骨凸高。難覔

動脉故也。其可畏者。乃傷胸膜。或淺靜脉。或臂腦經羅。　傍代血運有三（一）胸處。脇間動脉及胸直動脉與腋動脉枝相通。（二）髆上處。髆後動脉及髆下動脉與髆背動脉相通。（三）髆肩處。髆上動脉與肩胸動脉相通。

胸直動脉　若由骯骨外廉起。橫割一寸長之口。（第七十六圖H）割斷肋間筋膜與肌。此動脉即顯出而可縛之。

項脊動脉　或因縛首臂動脉後復流血。或因治癇症。惟此法治癇症無大益。循骯髃顳 肌 下段 後廉割一口。胸頷肌深筋膜及肐髃顳肌後絲。皆當割斷。而此肌須牽向前。則項前肌及膈腦經露出。在項長肌及 項前肌之間。又可見升頸動脉。第六項脊骨橫峯必須查確。因動脉與靜脉在 其下。穿入橫峯孔。靜脉居於前。必須牽開。以針由外向內而穿。交感腦經數微支。有時合而縛之。而後瞳即小。

牌動脉　有縛此動脉者。為阻瘻長。　縛牌上動脉。可循骯髃顳肌前廉割一口。刀口中須對牌肦上廉。而查明頸外動脉發於牌上動脉之處而縛之。　縛牌下動脉亦循肐髃顳肌前廉。由髃骨起向上。割三寸長之口。肌及總動脉鞘俱扯向外。而骯骺肌及肐牌肌皆割斷。又尋第六項脊橫峯查確。因此動脉居於其下向前。若在此處縛之。當慎重勿傷喉廻腦經。

腋動脉　或因腋有刺傷。或髃下動脉有囊。或因掌弓有傷。或縛肱動脉後復流血之故。　縛法有二端。（一）縛腋動脉首段。刀口由髆喙起。彎向髃下半寸。離骯髃節一寸而止。（第七十六圖G^{I}）割斷胸大肌之髃段。再循髃下肌將脇喙筋膜割開。則牽下肩胸動脉。以鑷箝之。用鈍針撥開腋動脉。腋靜脉居動脉下。而臂腦 經羅居動脉外上。針由下向上而穿。縛動脉後。必將肌絲縫固。　又一法。少割斷肌絲。或較前法畧善。刀口從髃骨中起向外。而循髃下廉至髆喙。又向下至胸大肌三角肌間。即將此二肌鈎開。而割胸大肌連髃之數絲。則見脇喙筋膜及肱外靜脉。若隨靜脉即能尋得此動脉。（第七十六圖G）　（二）縛動脉之三段。由腋之割口縛之。臂大展開。循動脉之徑割一口。須先將腋處分為前後中三者。此口。即在分前中之交。（第七十八圖A）見肱喙肌之內廉。即鈎向外。而臂中腦經與肌皮腦經亦露。又將此二腦經勾向內。而動脉與靜脉。及內皮 腦經在動脉內邊露

出。針應由內向外而穿。　傍代血運。若縛動脈在肩胸動脈上。其代血運之動脈。與髃下動脈之第三段相同。(看前論便知)若縛於髆前動脈及肱前彎動脈之上。則有胸長動脈肋間動脈。與髆前動脈之胸 枝相通。並有髆上動脈髆背動脈。與髆前動脈之髆枝相通。又髆上動脈肩胸動脈。與肱後彎動脈相通。　若縛在肱前彎動脈之下。則由肱後彎動脈與肱上 深動脈在三角肌內相通。

肱動脈　縛此動脈。因掌弓流血。或因肘受傷流血。或近肘節靜脈動脈患囊。則有二處可縛此動脈。(一)在臂中段。其法如

第七十八圖

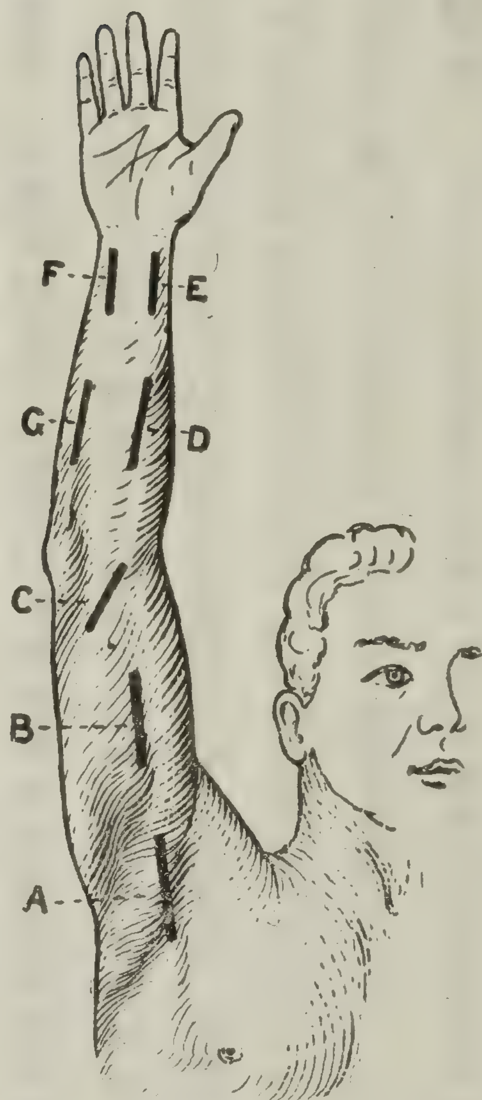


Fig. 78 INCISIONS FOR TYING THE ARTERIES OF THE ARM

A, Third part of the axillary ; B, brachial ; C, brachial at the bend of the elbow ; D, middle third of radial ; G, middle third of ulnar; E and F, lower thirds of radial and ulnar.

縛臂動脈之刀口

F 臑骨動脈第三段
E 橈骨動脈第三段
G 臑骨動脈中段
D 橈骨動脈中段
C 肱動脈在肘關節
B 肱動脈
A 腋動脈第三段

下。將臂展開。手反轉。不可扶臂下。免三頭肌使動脈移於前。醫者立於臂脇中間循動脈之紋。及雙頭肌之內廉 割一口約二寸長。(第七十八圖B)再割臂薄筋膜。即見雙頭肌之內側。將此肌鈎開。又得見臂中腦經及肱內靜脈。腦經在此處由外入內。斜過動脈前。牽開腦經即可見動脈鞘。須離開與動脈同行之靜脈而縛之。然有時有數端碍難施術。因臂中腦經在動脈後。或因靜脈居於動脈處。而誤以靜脈爲動脈。或因動脈在此上處分支。而在此有二支通行。又因未得。雙頭肌內廉。而誤向後尋動脈。

(二)肘節前縛動脈。循雙頭肌腱內廉及肘節內靜脈外側。斜割一口。約二寸長。割斷雙頭肌筋膜。即見動脈與其同行之靜脈居於脂膶中。而臂中腦經即畧離動脈內邊。針由內向外而穿。　傍代血運動脈。若縛肱上深動脈上。肱後彎動脈。與肱上深動脈之枝。在三角肌間相通。　縛在肱下深動脈下。肘節相通之動脈代血運。

臑骨動脈　因掌弓流血。或因臑骨動脈受傷之故而縛之。如掌弓動脈受傷。此最易於腕上縛之。若臑骨動脈受傷。則將傷處撥開而縛之。此平常之術也。然有特別法。由是使學者試屍而得。(一)從腕摺起。循動脈之徑割一寸長之口。(第七十八圖F)深筋膜已割開。將屈掌內肌鈎扯向內。則見動脈與臑骨腦經居於其內側。須將同行靜脈與動脈分裂。而後縛其動脈。(二)在肘中縛之。由肱骨內輪起直畫線於豆骨內側。再循畫線。至肘中割一口。(第七十八圖G)內有白紋。不易尋者。如尋得白紋。即隨紋而可得屈掌內肌及屈掌淺肌之間隔而裂開。此二肌間隔裂開後。即見動脈與腦經在屈掌內肌之後。人嘗有尋此動脈而不得見者。蓋因向橈骨面而尋也。或錯過動脈而在屈掌內肌及屈掌深肌間而尋。故不可得。(三)縛臑骨動脈上段。蓋循覆圓肌上廉斜割一口。則必見動脈之岐處而縛之。

橈骨動脈　由肘凹起至腕。在屈掌外肌(肱橈肌)之間。又曲外。此脈居伸拇短肌腱及伸拇長肌腱之凹處。(一)在腕後。可在拇長短二肌凹處。探其動脈。在此兩肌腱間。可割一斜口。由橈骨峯起。至第一掌骨底。(二)在腕上循動脈之道在肱橈骨肌及屈掌外肌間割一口。又將深筋膜割開而得其動脈。(第七十八圖E)(三)在肘中段縛橈骨動脈。循動脈之徑尋肱橈肌之內廉而扯開。則可見動脈居於此肌之後。並有橈骨腦經離動脈外邊畧遠。

腹總動脈　有施此術十四次者。蓋因臨時流血或過後流血之患也。又因胅股處有動脈囊。而他法不能行。然未活一人。有割後活十日。或四十八日。或三十九日而死者。此皆多因有穊。或因復流血之故。近臍左邊割一口。而刀口中正對臍。腹既割開。將腸推於左右。又割掩動脈之腹膜。則縛動脈即易。若同時亦縛左右髂總動脈。免血反廻。最善。此法不阻傍代動脈運。

髂總動脈 每髂總動脈。長二寸。由第四腰脊骨前起。至骶髂骨節止。在臍䝉下正中割開。將腸推於左右。及割遮動脈之腹膜。而縛動脈。切勿傷動脈前之腎胱管。 傍代血運。髂外動脈之血。由腰動脈通髂彎深動脈而來。又腹上動脈腰動脈脇間動脈。與腹淺及下動脈相通。 髂內動脈之血由腰動脈通髂腰動脈而來。又從骶旁動脈通骶中動脈而來。亦有盆孔內外二動脈相通。又有陰陽動脈肛動脈。膀胱動脈。與相對之動脈相通。

第七十九圖

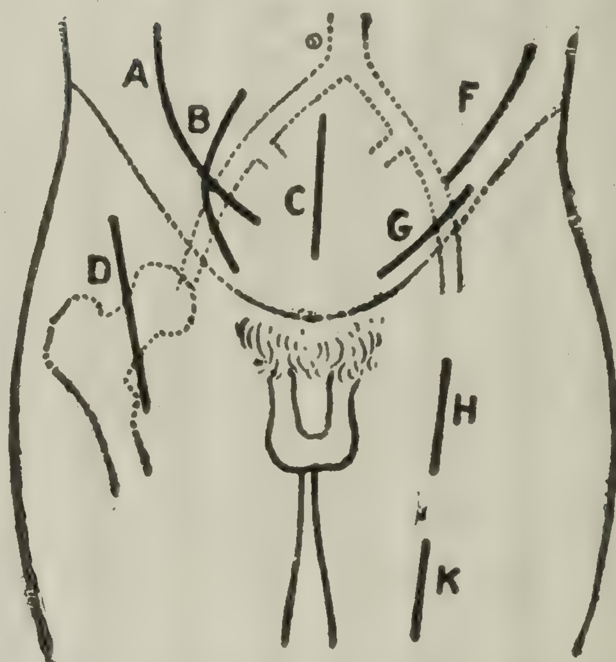


Fig. 79 INCISIONS FOR OPERATIONS ON LOWER PART OF ABDOMEN AND UPPER PART OF THIGHS

A, Mott's incision for retro-peritoneal ligature of common iliac artery ; B, Marcellin Duval's incision for the same ; C, incision for transperitoneal ligature of internal iliac artery ; D, incision for excision of hip by the anterior method ; F, Abernethy's modified operation for ligature of external iliac ; G, Astley Cooper's incision for same ; H, ligature of femoral artery at apex of Scarpa's triangle ; K, ligature of femoral artery in Hunter's canal.

縛腹及股動脈之刀口

K 縛股總動脈於閪道之割口
H 縛股總動脈於股之三角處之尖之割口
G 庫拍氏縛髂外動脈之割口
F 阿伯內特氏縛髂外動脈之割口
D 割取髀之刀口
C 縛髂內動脈之割口
A B 縛髂總動脈之割口

髂內動脈 縛此動脈或因血流。或因臀動脈有囊之故。此動脈僅有一寸半長。如在臍䝉下正中割開腹。(第七十九圖C)

將腸推於左右。在髂總動脉分支處。割腹膜之後層而穿針。縛動脉時。當謹慎。勿傷腎胱管與靜脉。 傍代血運。與上所論髂總動脉之髂內動脉相同。

髂外動脉。長三寸半至四寸。支少而下段所發者。不拘何處皆可縛之。畫線。由腹總動脉歧處起。至髂前上角及骸節中點止。外髂動脉即在此線三分之下二段。縛此動脉之法不少。有割腹膜者。亦有不割腹膜者。但不割腹膜而縛動脉則易。故此法佳。亦有二式。(一)庫拍氏法 Cooper's method 循髂骸筋帶外段。割一口。其割口在筋帶上數分。從筋帶中點內起。向外上。離前上角一寸止。(第七十九圖G)又割腹淺斜肌筋膜。則可見腹深斜肌及腹橫肌之下廉。撥開橫筋膜及鬆脂膶。則覺搏動在指下。此時切不可傷髒彎動脉及腹下動脉。因此二動脉大有關於代血運。亦不可傷髒彎靜脉。以針由內穿外。縛其動脉。再者所割斷之肌及筋膜。宜施藏縫術合之。(二)阿伯內特氏法 Abernethy's method 用此法者較前法更多。割口長四寸。離髒前上角一寸半起。至髂骸筋帶中點上半寸止。(第七十九圖F)從外肌之筋膜。循絲而割開。內肌橫肌亦然。橫筋膜亦須割開。此膜之厚薄不一。若不謹慎。恐傷腹膜。如傷之。則立時縫之。亦無碍。以指入口內。分開腹膜。將髂凹所有之物。推向內前。而用壓墊壓之。即在所裂之空。可見髂凝肌及腰凝肌。動脉在腰凝肌之內廉。有鞘裹之。亦有生殖器股腦經與淋巴腺在其面。靜脉在動脉之內側。故穿針時。應由內向外而穿。若割橫筋膜未善。恐撥腹膜時將靜脉及動脉亦同推開。果若是。則在壓板下。可尋其動脉。今將此二縛法比較而論。後法較勝於前法。因前法縛動脉處過近於傍伐運血動脉。再所論之縛處窄短。倘其有病。則將無處可縛矣。後法不然。縛處離傍伐運血枝甚遠。設此處有病。亦可向上縛髂總動脉。 傍代運動脉。有前後內外四處。前者。腹上動脉腰動脉下肋間動脉等。與腹淺動脉腹下動脉在腹直肌鞘內相通。 後者。臀動脉骶動脉等與股內外彎動脉及第一股穿動脉。在凝大凸後相通。 內者。有盆孔動脉與股內彎動脉。又陰陽內動脉與陰陽外淺深動脉相通。 外者。髂腰動脉臀動脉等與髒彎淺深動脉及股外彎動脉枝相通。

股總動脉　除在髀節預備截斷下肢而縛之外。罕有縛此動脉者。因其枝甚多。難以俱塞。又不若髂總動脉。因其代血運之功更勞。若縛股總動脉。須循動脉在髂骸筋割一直口。當謹慎。不可傷淺淋巴管及靜脉。割斷廣筋膜。則動脉鞘即露。可以割開鞘。而縛線應由內穿外縛之。　代血運動脉。有內外後三處。　內者。盆孔內動脉。與股內彎動脉相通。又陰陽內動脉。與陰陽外動脉相通。　外者。髂彎淺動脉。與股外彎動脉上枝相通。　後者。臀動脉及骶動脉。與股內外彎動脉及股第一穿動脉相通。猶有骶腦經同行動脉。與股深動脉穿支及膕動脉肌支相通。

股淺動脉　將下肢屈展而轉向外。在髂上前角骸節之間。中點起。畫線直至股骨內阜止。所畫之線。乃指股淺動脉。此動脉於股三角處之尖。或閾道二處。皆可縛之。　若縛於股三角處之尖。當循動脉縱離髂骸筋帶四寸遠。割四寸之口。（第七十九圖H）　皮與筋膜割斷。髂骬肌之內廉即露。而動脉鞘住於肌後。鈎肌向外。則見股中皮腦經。與此肌之動脉。當時將動脉縛之。因有股淺靜脉。居於動脉後。穿針時。須謹慎貼近動脉。切不可傷其靜脉。　傍代血運動脉。股外彎動脉。與通股動脉肌枝。及膕動脉之節上枝相通。又股深動　之穿枝。與膕股兩動脉之關節枝相通。

若縛動脉在閾道。當在腿中循動脉縱割四寸長之口。（第七十九圖K）則割斷廣筋膜。即見髂骬肌絲。向下內而降。此肌之外廉必顯露。即鈎開。則可見閾道之筋膜。住在股內　肌與長閾肌之間。割斷此肌間筋膜。而動脉在其下。骸內肌之腦經。住在動脉外側。又腓內腦經。由外向內過動脉。而靜脉居於動脉後。針或由內向外。或由外向內。皆可穿之。縛動脉不可　過下。免傷通股動脉。學者試縛此動脉於屍。多誤在股內肌下。尋此動脉。若欲免錯誤。從貼近髂　骬肌之深面。見筋膜絲橫行而光亮。即閾道也。傍代血運動脉。乃是從股深動脉與其枝。

膕動脉　可在動脉出大閾肌孔而縛之。或在膕之深處縛之。然前法較勝。此二法罕有用之。　縛動脉於上處。將肢展開。而轉向外。使大閾肌珠見明。從此珠起。往上割四寸之口。而露出肌腱。即見腓內靜脉。及腦經。並髂骬肌。骸骬肌。半膜肌。俱用濶鈎

牽向後。如能不傷通股動脉。即將肢後筋膜空處裂開。而在鬆連䐈中。可尋膕動脉。膕靜脉居在膕外。而靜脉極厚。恐誤視爲動脉。(第八十圖A) 縛動脉於下處。在膕中割一口。又割斷深筋膜。將腓淺肌之兩頭。及膕內腦經牽開。靜脉淺於動脉。又循腓外靜脉。即易得其膕靜脉。針由內向外穿之。代血運動脉係繞膝節相通之動脉所代。

骭後動脉 除截腿後流血。罕有縛之者。若從膕中起。畫一線。下至內踝後半寸。即係動脉之路。 在腓中縛之。將腓屈轉向外。置棹上。在骭骨後半寸。循其內廉。割四寸長之口。則皮皮下䐈及腓內靜脉。皆割斷而牽開。即見腓深肌。又須割此肌。至得見其深面筋膜。又割斷此膜。牽該肌向後。即見血管被深筋膜所成之鞘。所蓋居於骭後肌上。骭後腦經居於動脉外側。若能避動脉同行之靜脉。而從腦經側穿縛針。斯爲得矣。有時上所云之深筋膜。居於腓深肌中。而有一薄層肌絲。居於此肌之深面 (第八十圖B) 在腓下段縛之。骭後動脉在骭內。由踵腱之間割一口。皮。筋膜及踝內圜筋帶等俱割斷。則見血管在屈趾

第八十圖

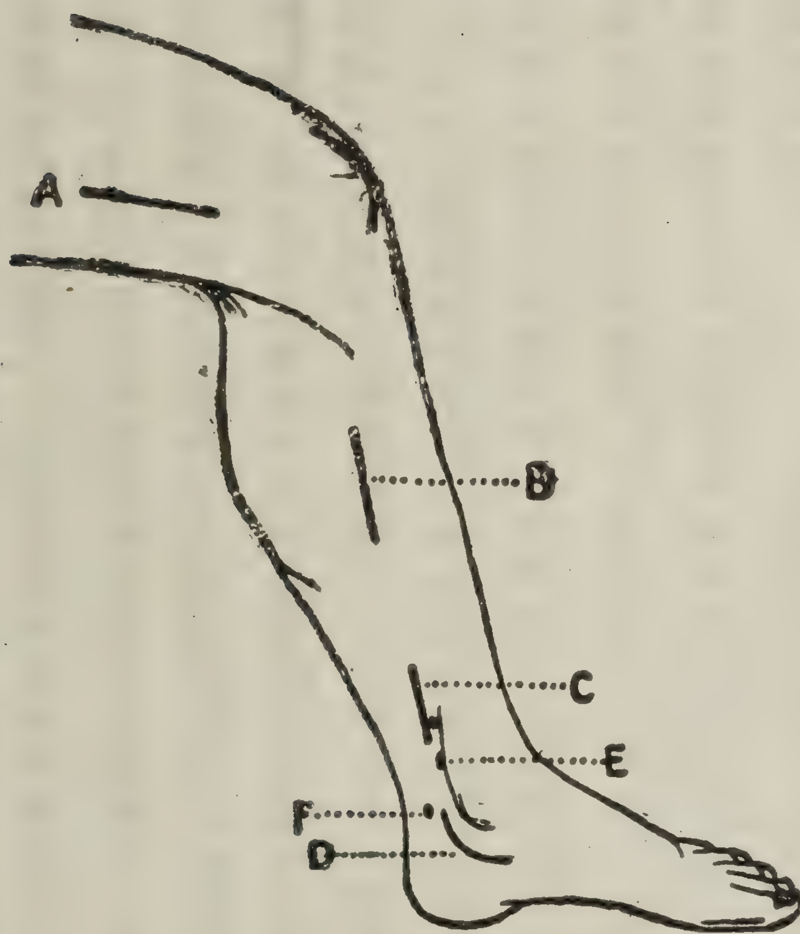


Fig. 80 INCISIONS FOR LIGATURE OF THE UPPER PART OF THE POPLITEAL (A) AND OF THE POSTERIOR TIBIAL ARTERIES (B C AND D)

E, Site for introduction of knife in tenotomy of tibialis posticus ; F, ditto for tendo achillis.

縛膕動脉與骭後動脉之刀口

A 縛膕動脉上段之割口 BCD 縛骭後動脉之割口

長肌上。腦經在血管後外側。此處亦可縛之。在內踝後縛之。在內踝後半寸。割至下廉而彎之。又割斷內圜筋帶。在屈𧿹長肌及屈趾長肌間。可見該動脈。則剝淨而縛之。切不可割斷肌腱。（第八十一圖D）

第八十一圖

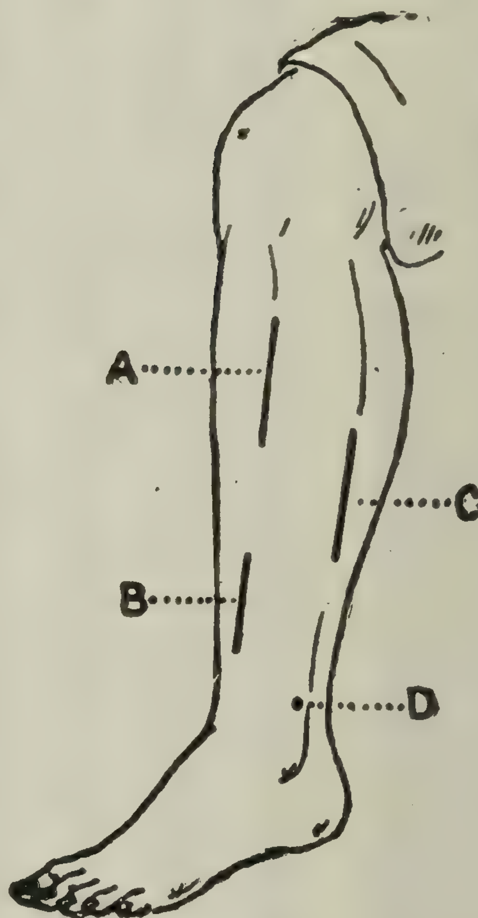


Fig. 81 INCISIONS FOR LIGATURE OF ANTERIOR TIBIAL (A AND B) AND PERONEAL (C) ARTERIES. D, SITE FOR INTRODUCTION OF KNIFE IN TENOTOMY OF PERONEI.

AB 縛骭前動脈之割口

C 縛腓骨動脈之割口

第八十二圖

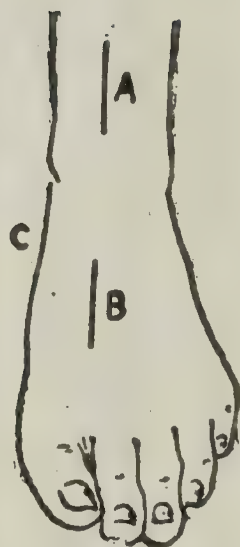


Fig. 82 INCISIONS FOR LIGATURE OF LOWER PART OF ANTERIOR TIBIAL (A) AND DORSALIS PEDIS (B) ARTERIES. C, SITE FOR PERFORMING TENOTOMY OF TIBIALIS ANTICUS.

A 縛骭前動脈下段之割口

B 足背動脈之割口

骭前動脈　在骭骨外阜及腓骨頭間起。畫一線。至兩踝之中而止。此線直指動脈之路。可縛之處有三。（一）在小腿上段。循動脈徑割一口。（第八十一圖A）又將深筋膜割斷。必見動脈在骭前肌及伸趾長肌之間。骨間筋膜上有骭前腦經在其外側（二）小腿中段（第八十一圖B）在此處。有白紋指明肌間。亦如上法割開。則見動脈在骭前肌及伸𧿹肌間。有腦經在其上。即將腦經牽開而縛動脈。（三）小腿下段在踝節上起。循動脈徑割二寸長之口。（第八十

二圖Ａ）深筋膜及踝前圜筋帶俱割斷。而入內少許。便見動脈在骭前肌腱及伸𧿹肌腱間。並有腦經在外側。

足背動脈　一從兩踝間起畫線至第一第二蹠骨底間。即可測定動脈之所在。循此線割開深筋膜。即在伸𧿹肌腱及伸趾短肌之間見動脈。有時動脈難尋見。故深割之。致將動脈割斷。而兩端出血。可鑷而縛之。(第八十二圖Ｂ)

腓骨動脈　循腓骨中段之後廉割一口。又循腓深肌之外廉而牽向內。或將廉及腓骨絲割斷亦可。又割開屈𧿹長肌。即得見動脈在腓骨後內廉居於骨及筋膜所成之管中。(第八十一圖Ｃ)

第十四章　靜脈症　血管瘤

DISEASES OF THE VEINS
ANGIOMATA

靜脈內結血塊　VENOUS THROMBOSIS

平常之血。乃爲流動質。因血與血管壁彼此相助運動而然。若此相助之功受損。則血管即起結塊之病。心、動脈、靜脈、毛管皆能受其累。但靜脈內最多見。

原由　(一)血管壁之變。因血管壁之內膚胅受傷。(如破刺打壓等傷)或發炎及變壞(如靜脈瘨曲症)所致。(二)血之變。而凝結性加增。此多因身染膿穉。而血中其毒素。流血過多。亦能增其凝性。然若有甚多白胅。如血多白胅症。則能減其凝性。(三)血緩流足致結塊。昔者。李司特氏巳試驗此事。將一段無病之靜脈。鑷住兩端。而靜脈所盛之血。許久不凝。若前一二所論之故。血緩行能助血凝。正如一靜脈被瘤壓。而靜脈壁欠血養而又緩行。於是乃成血塊。患熱症後。如癥症。Typhoid 血質即變而心弱。因其肌絲變壞。故血之壓力漸少。則靜脈血緩行。而靜脈扇不推貼管壁。故血聚於扇後而停。此時若微受傷或壓。血即成血塊。

血塊之性質　依血凝結之遲速而定。遲者。其色白。漸長。與靜脈壁相粘着而塞孔。如有數紅胅雜在其中。則色紅白。速者。紅胅多。如縛靜脈後所成之血塊。乃爲紅色。其先不與靜脈壁相粘着

迨後從底起。而漸相粘着。用顯微鏡查血塊。有時可見有稚在內。

結果　靜脈內凝血之結果有三。即本處者。遠處者。近處者。

患處　(甲)可成連綳。迨後靜脈即變筋性繩。與前章所論之動脈塞團相同。(乙)血塊可裂開而穿通。或血塊縮小。而倚近靜脈壁。則血即能流過。(丙)血塊或縮小。在靜脈痕處成筋團。迨後鏳鹽礬侵入。則其血塊變爲靜脈石。(丁)有時血塊內因有稚在其中而生膿。故在患處成瘴。或蔓延而致靜脈發炎。或稚串瘴。此狀暫時或不顯。因有好紅血塊包裹塞團。阻稚不能穿出也。

遠處　靜脈末枝盈血。若一肢總靜脈受累。則肢瘀腫。恐潰爛或成疥。假如股總靜脈受累。而人躺臥。將肢升高。則無瘀腫之狀。然循靜脈則覺痛。按之似硬條然。間有瘉者。因相通之靜脈代其血運也。靜脈痕若在皮面。則易見靜脈痕曲之症。假如股總靜脈或髂外靜脈塞。則腓內靜脈及腹淺靜脈在腿上及腹上有痕曲。而送血至相通之靜脈。又如下總靜脈塞。則乳靜脈及腹壁靜脈痕曲於腹面。

近處　或漸長而累及最要之大靜脈。或有一塊脫落而成漂團。Embolus (第八十三圖)若血塊壞成極微之漂團。則被肺及腎所濾出而無害。若有一大塊脫落。人即喘。或竟因塞肺血管而致命。若膿稚已入血塊。而有小塊脫落。從血運至全身。則致稚串瘴症。若滙靜脈有此。則必先起肝內滙靜脈膿性炎。靜脈內結血塊。若累及股總靜脈或髂總靜脈。多顯於身之左側。有時蔓延至下總靜脈。

或累及對側之肢。於生產後多有此患。乃由盆內之靜脈所致。亦有因盆內施割術而起者。更有因闌尾膿炎而起者。或由腹壁傷口而延至髂總靜脈發炎。則在右側。而闌尾可直接累及髂總靜脈發炎。有時患癆症者。亦患此症。且凡致病者虧力或久臥於床等。皆能助此症發起。

病狀及治法　與治靜脈炎之法相同。第二百六十頁

漂團塞血管 EMBOLISM

夫漂團之爲物也。流行血管內。或遠或近不等。停則塞血管共分四類。(一)單純性漂團 Simple embolus 有因動脈或心門炎粒所成。亦有鏽礬片或氣泡所成或脂所成。(二)染性漂團 Infective embolus 因一球稚或帶稚之分散血塊所成多致子癉。(三)惡性漂團。Malignant embolus 由惡瘤脫一小塊而入血管內所成。(四)寄生性漂團。Parasitic embolus 係虫卵、帶虫頭及血絲虫等物所成。 漂團之由心及動脈靜脈來者。僅能塞動脈與匯靜脈。而於他靜脈無害。漂團之大小不一。其所致之病狀之輕重。即依漂團之大小而定。若全靜脈起一大團。行至肺動

第八十三圖

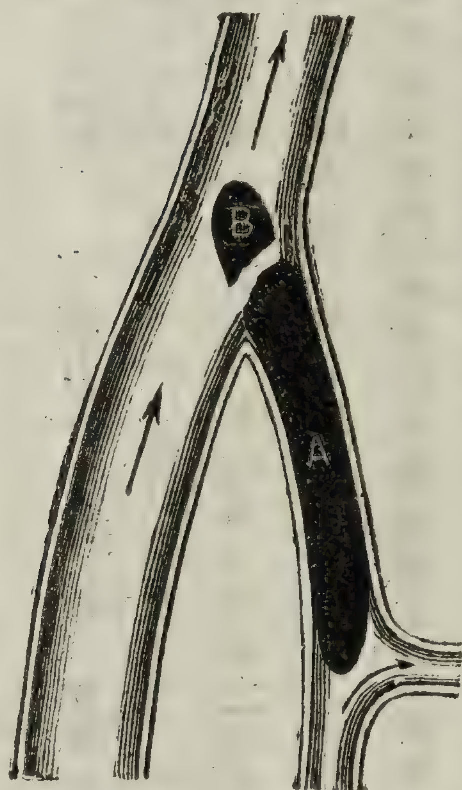


Fig. 83 THROMBUS AND EMBOLUS
A, Thrombus *in situ*; B, embolus detached from the same.

A 靜脈內之結塊及漂團
B 一團離其母塊而漂流於靜脈

脈塞其大枝。則或立時致命。若漂團小。塞肺動脈之小枝。則無大害。有最小者或能過肺毛管從心左部而行。迨後塞動脈之微者。

漂團之結果　有遠有近。　近者。　如單純團停止。先有血絲一層加於上。將血管塞滿。迨後則該團變爲筋膶或消散。因此動脈壁弱。而後易成動脈囊。其染團、惡團、虫團等患。他處已論之。　遠者。　塞團致害之輕重。在乎所塞之動脈與週圍之動脈相通否。(一)若有一動脈。多有相通之枝。在相通之枝上塞團。此處不過暫欠血而已。或動脈小而所養之膶不重要。其害猶輕。但動脈大而所養之膶重要。則易受害。血暫時停止。其害甚大。如視衣中動脈。暫爲塞住。則眼即盲。然其視衣如故。(二)獨立動脈塞住。(此動脈則無相通之枝)而無傍動脈代血運。則此動脈所養之膶必死。若塞一肢總動脈。則成疥。若顱腦動脈塞。則腦質即變壞爲液。如腎及脾之獨立動脈塞。此處即無血。該塞處全境成三角形。名曰印法。Infarct (血管塞之痳)此處或紅。或白。而附近之好膶。漸長肉芽。使印法成瘢而凹。或有血晶在其內。腦肺脾腎皆有獨立動脈。故俱能得此患。惟肝相通之動脈甚多。故鮮有此患。

塞各器官所致之病。　顱腦內多受塞者。乃爲大腦中動脈。能致人身立刻成偏癱。或漸能瘉。然略有後患。對於幼年病狀畧輕。但恐後成動脈囊。　視衣中動脈塞者。立刻即盲。終身不瘉。察驗則見動脈支尙空。視衣色白而痳腫。視衣之黃點在其中。紅如櫻桃。　若肺之一大血管塞。即致命。小血管塞者。人覺痛而氣喘。此處即成印法。所咳之痰內帶血。聽之有氣管聲及氣管語响。叩之有喑响。　肝動脈塞。則脇下痛。暫時有糖尿。　匯靜脈及其枝塞。多因染性團所致。故有稚串瘴及匯靜膿炎狀。　脾內動脈塞。左脇下驟痛。脾大而溫度增高。腎動脈塞。則腰突痛。暫時有血尿。　腸動脈塞。則單處潰爛或延疥。依所塞之動脈之大小而定。　肢動脈塞團。多停於總動脈之乂處。使兩枝動脈不能匯通。此處即驟痛。其痛行降下。若不瘉。則恐成疥。此段已詳論於前。

靜脈炎 PHLEBITIS

靜脈壁發炎之故不一。故其類可分數等。列於左。

(一)單純性靜脈炎 Simple phlebitis　多因一段靜脈壁炎。而此處即塞。然其炎或向上。或罕過岔支之處。(甲)有因傷而起者。而傷有或明或隱之辨也。亦有因瘤或囊脹壓惹而致者。(乙)有自起者。惟下肢總靜脈多如此。且久有靜脈脹及痺症癲症者更易患之。(丙)有因靜脈內結血塊致塞而起者。無論總靜脈。或脹曲之末靜脈被塞皆然。(丁)因靜脈圍之膶發炎而傳至靜脈者。大半因膿穢。故其穢則侵靜脈內而染及血塊。

(二)染性靜脈炎 Infective phlebitis　此炎較單純性靜脈炎更惡。因所有之塞團穢侵入而成延性炎也。昔者。未用抵穢之法。施割術後。多有此。故割者常懼割其靜脈。今則不然。或割靜脈及割膶等處。俱無畏怯者。以有防穢法故也。(甲)防穢法有缺。穢即乘隙而入靜脈口之血塊。(乙)或因傷而繞膶有膿穢炎。或骨有膿穢炎症。如顳凸炎。則傾旁血埂受累。循靜脈之徑及繞靜脈而起膿炎。迨後即成穢串瘴。(丙)間或單純性靜脈炎之血塊自起染性炎。脹曲之靜脈亦可如是。

病體　靜脈炎時其壁盈血而厚。內膚脒過脹。靜脈內之塞團不一。若無穢者。團早與壁相粘着或成膶或消散。有穢者。變輭而稀似汚膿。或致靜脈內成瘴。其膿炎循靜脈而蔓延。亦有結局善者。

蓋染性炎不傳於動脈。因動脈內之血塊硬處。不易變動也。

病狀　淺靜脈炎明而易見。血管腫硬而痛。有結顯出者。即靜脈扇也。靜脈面皮色烏而盈血。血來之處或腫。然若傍代之靜脈多。則鮮有此狀。若成膿。則有瘴狀。　深靜脈炎。若用按法。或難查出。但股總靜脈。按之易得。近於炎處而人覺甚痛且發熱。所患之肢痳腫。腫之輕重不一。若肢升平不垂下。則可無腫狀。若靜脈塞。即有塞團狀顯於或遠或近之處。觀前論便知。第二百五十五頁

染性靜脈圍炎。Infective periphlebitis　初成時人寒顫而發熱。患處之靜脈及其支。有膿炎之狀顯出。而一大塊䐃受膿炎之累。如復發寒顫。此乃因穢串瘴之故。

治法　單純性靜脈炎。必須安靜其肢。不可搖動。免炎滋蔓。又阻漂團之流行。若將肢升高。助血迴流亦可。用顛茄敷於患處。或用甘油及顛茄膏。以筆搽之。然後多用綿包之。以帶輕纏。飲食必須有補力而易消化者。更當調理其身體。如炎狀一概退盡。必俟血塊成䐃（至少必須六星期）而後始用揉捏法。使痳腫消散。亦可用庫秋帶縛之。以助血運復行。靜脈痕所起之炎。間或可施割術治之。然深靜脈受累。則不可。若靜脈生瘴。可用防穢法割開之。

染性靜脈炎治法。　凡有膿之靜脈。循靜脈割開。而繞靜脈之䐃若受累。亦一并割裂。再用氫上養 Hydrogen Peroxid　射其上。而用紗輕縛之。肢須略升。安逸不動。若有穢串瘴狀。可在漸壞之血塊與至心之靜脈間縛之。而將血塊之染團。刮洗至凈。若中耳有膿。頰旁血埂受累而起染性血塊。則當

縛頸內靜脈。割開頰旁血埂。將此染性團去盡。惟此法。僅一靜脈受累則可行。若數枝則不能。如一肢之靜脈受累。而上所論之法不行。此時。則似將一肢割截之爲愈也。

靜脈瘬曲 VARICOSE VEINS OR VARIX

靜脈或長或瘬而曲。即爲靜脈瘬曲症。下肢淺靜脈及腓內外靜脈多有此症。如精腺靜脈有此症。則爲精腺囊靜脈瘬曲病。肛靜脈若有此病。乃爲生痔之原。 今先將第一項論於左。

病原 靜脈瘬曲。多因靜脈壁受虛弱之遺傳而亦虛弱。或因靜脈扇排列不勻。但無他激惹使血受壓過甚。則無足慮。所謂遺傳者。今有人生數子。其子每在數歲之時。無故而起此症。此可知靜脈有遺傳之證也。無論何事。屢次使靜脈常漲。亦能致靜脈瘬曲。

(一)人久立。如站舖面者。(二)膝下纏帶甚緊。使血不能運行。或下肢强用其力。或婦人有孕者。靜脈被胎或有盆內之瘤所壓。有農工者。嘗大出力。使靜脈壁受壓過甚。而靜脈扇不能勝。於是讓血行。而下扇亦相隨而讓之。故靜脈壁大受壓。而漸漸成瘬曲。深靜脈塞。或有阻礙。亦能令淺靜脈瘬曲。股總靜脈及下總靜脈塞而起此症。已論於前。 間或脛後動脈同行之靜脈塞。腓內靜脈即在膝下瘬曲。若塞團消散。瘬曲即散而癒。不然。瘬曲恐成慢性症也。 靜脈與動脈相通。此亦能致瘬曲症。因靜脈不能勝動脈之壓力也。(看前靜脈動脈囊論) 且人至冠時。則靜脈所患之瘬曲。與歲數並進。又有

常安逸而不操動者。使身體不堅壯。亦助患此症。　靜脈已痕曲。其壁則舒而薄。故扇之功用不足而在上之血積重。更增其累。

病體　初視之。靜脈厚痕而曲。用刀割開。其膛不塌。乃似動脈然。其扇消瘦而無用。迨後靜脈壁更如畸形之袋然。斯時蓋靜脈之壁薄。與皮相連。以顯微鏡察之。靜脈壁變成筋瘢䐈。靜脈之中衣。

第八十四圖



Fig. 84　VARIX OF INTERNAL SAPHENA

腓內靜脈痕曲

亦更受累。其肌絲或已歸於無有。內衣略不變。而外衣加厚。有袋之處。中衣或有或無不定。

病狀　見有數大靜脈痕而彎曲。如蛇行在皮下。(第八十四圖)捫之。靜脈比平常加厚。受累之靜脈。或一或數靜脈不定。有者。相聚而成球。因皮薄則藍色更顯明。有者。一條靜脈痕而凸出。其痕或有數處如袋然。若腓內靜脈之上段受累。此處必成一大袋。當在患者咳時捫之。覺囊有顫動。似股道疝。　患者覺肢重而疲倦。出力時似乎有帶緊縛。多行或多立。足即痳腫。皮莿之毛管亦痕大。皮面顯紅點。或有數點相連而成一塊棕色。或被粗布衣擦。或有穢物激

惹則生癩。後或潰爛。有時靜脉受傷結血塊則必自癒。亦有無傷而血在靜脉內凝結者。患癩症者更如是。迨後此血塊縮小成筋。或有鏽礬侵入成靜脉石。若凝血長入大靜脉。則或有小塊脫落成漂團。間或靜脉所成袋形破。則有多血流出。或因壁潰爛而流血。所流之血。不獨自下升而來。乃由上降而至。因扇失功用。而不能阻也。於此恐心右房之血。似有漏然。若不速設法。則人必死。

治法　其法有二。一姑息療法。二斷根療法。

姑息療法 Palliative treatment　即除去一切有碍之物。如緊帶等。勿多站立。時刻略用揉揑法。着庫秋襪或庫秋捲帶。宜通大便。而尤須調理全身。若起癩。可用安抹膏。如鉦安息香。Zinci Benzoas 若皮患慢性硬而厚。則用淡湍類。如魚石湍 Ichthyol 百分之五或百分之十及輭煤臘。設有痕曲瘍。而僅照平常法療之。或用烏拿氏 Unna 之法。(參觀第五章)但不先施割術以治靜脉則瘍癒甚緩。

斷根療法 Radical treatment　將一段痕靜脉割去。當未割之先。必須查明深靜脉有塞否。如有塞而割之。是又加其害。使他處之靜脉成痕曲。然施割術。有先引吾人下手之故。(一)靜脉壁薄而成袋。(二)不便着庫秋襪。如熱度過甚是。(三)若有瘍。縱施治法。而罔見效。(四)痕曲之靜脉大而痛。更或痕若球。(五)若咳時捫之如囊顫。便知靜脉扇閉不全。

手術亦有數種。(甲)在數處割一小截。其法如下。將靜脉上之皮揑起。用刀穿過。撥開割口之膶使靜脉明露。用動脉囊針穿入靜脉下。又仰針鬆開其膶。再以兩隻鑷夾起。從兩鑷間割斷。將兩端多

牽出縛之而去其餘。大約刀口一寸長。即能去二寸半之靜脈。縫刀口不用引流管。而用敷料亦可。(乙)剖一口。約六寸多長。去盡一球靜脈。刀口不可犯靜脈痕處。因此處皮薄而輭也。凡相通之支固當縛。而深者尤須縛之。如此即可阻血之來路。有人患此症至極。則割一肢長之刀口。始能絕其病根。(丙)又有一法。較前二法畧易爲。在股孔處縛髀內靜脈而去一小截。即可阻止血降而無重壓之處。又捫時使咳。若有囊顫。則可用此法。但當於下肢之痕曲處亦去其數截。施術後。病者必臥三星期。以俟血塊變實。迨至血附新徑而後已。甫起床時。用庫秋襪。或庫秋帶。如伸縮性絨帶更善。

痕曲靜脈發炎　痕靜脈如發炎。有時使靜脈自瘉。其狀與淺靜脈炎相似。其治法。如治淺靜脈者。若甚痛。或可將靜脈內血塊割去。但必先將靜脈上段縛之。免血塊漂流。若有血塊往上升。累及深靜脈如股孔等處。或有漂團之害。波及於肺。亦可用此割法。　若靜脈破流血。必速設法治之。即用指壓於破靜脈處。將肢升高。迨有防穉紗縛之。用帶纏好。

割靜脈術 或曰放血術 VENESECTION

近來此法。人鮮用之。但有時用之亦獲益。如皮變紫色。呼吸欠氰而人氣閉之時是。(甲)或肺盈血因心双扇門漏隙。而血運有碍之故。(乙)或因胸壁與肺受傷。則肺膶之収氰即減少。故心右部來之血有阻碍。心即痕滿而停。(丙)或因顱腦發炎。脈搏硬而滿。(丁)又或有强壯之人有炎病。而其

動脈之壓力最重。於此數等而用之。則有益。　放血術。多在肘節內靜脈施之。因此靜脈較肘節外靜脈大。雖肘節內靜脈居於肱動脈前。然有雙頭肌之筋隔膜之。　其器具記於下四尺長之帶。雙刃小刀。量杯。手握短棍。此棍係用以着力使肌縮緊。而肘血管之血。走入淺靜脈者。

第八十五圖



Fig. 85 VENESECTION

放血術

手術　令病者坐於椅或床。若站立。恐其暈倒。若躺臥於床。恐血出多。縱未顯流血多之險狀。或有昏絕之虞。病者肘節前。當潔淨。外科士之手及刀亦當潔淨。再將帶縛於臂上。而縛之鬆緊。必須能阻靜脈血之運。而無碍動脈血者方宜。病者固持棍。使靜脈顯明。醫者。以左拇指按於肘節內靜脈上。用刀割一小口。第八十五圖A　血流出接於杯中。待血流足。然後令病者釋其棍。鬆其帶。再將防穉紗遮於傷口。而緊裹之。待數日傷口瘉。囑病者安息其手。間或傷處覺痛。乃是皮腦經微絲含於瘢痕內。若割之過深。恐有靜脈動脈之傷。

血管瘤　ANGIOMATA

血管瘤之狀依所生之處及所累之血管而異。多由胎生而起

或出世後而發。最常累及皮或洒膜及其下之䐈。名曰血痣 Nevus 有時係後天者長於臟腑內。(如肝)血管瘤依組織分三類。毛管痣。海絨形血痣。羅形血管瘤。

(一)毛管痣 Capillary nevus　乃一塊痕大之毛血管。被少許連䐈相連。大約居於皮。但有時累及皮下䐈。略凸而平。其色之紅紫。依動脉血靜脉血之多寡而定。或成畸形疣。而有較大血管散於其面。此等痣。濶一寸或二寸不等。在出世時或出世數日。則顯出。最多累及頭臉。　血痣瘤生於洒膜。如鼻洒膜或膀胱洒膜。有流血之險。　有極大者。廣佈於臉。而蔓延於頸。此則最淺而色深。亦不凸於皮面。有痣滋延半邊身體。而不越乎身之中紋者。亦有不過僅存血色而已。又有皮過長。其皮面有甚多小蔴顯出者。

蜘蛛網形血痣 Spider nevus　乃小血管瘤。多患於幼年人之臉。爲小紅紋所成。激惹之。易流血。用碳强羪雪 Carbonic acid snow 治之甚有效。　有時中年人之身體上。發有紅點。不數月則無。此或因敗變之毛血管痕而成。往日有人以爲生疽之徵。因多見於生乳疽之婦人。但近來知其與疽無關。　若不用法調治。血痣可日久不變。或有時自散。但最多者。乃愈久愈長。而侵入鄰䐈。有者至中年不變。後忽然長大。而成爲紫色之大血管瘤。此瘤甚軟。用手按之血則散。未幾復來。因瘤多有小窩。藏血甚多。可稱爲巢形血管瘤。有時潰爛。致大流血之虞。

治法　治此最易。痣若小而淺。用烙具。或以電線烙之。即痊。或用潰藥。如碳强羪雪者。當用潰藥

第八十六圖



Fig. 86 SECTION OF CAVERNOUS NEVUS

海絨形血痣切開之圖

之時。先以輭煤蠟。限於週圍。若面痣。則用電化法爲妙。何則。免癒後有瘢痕也。即割去。亦有好結局。

(三)海絨形血痣 (Cavernous nevus) 又名巢形血痣。(第八十六圖)此痣多累及皮、洄膜、及其下胭等。但在洄膜及皮下者。乃爲一瘤。而凸出之高低不定。捫之。輭而易散。放之。則仍復如故。按之無搏動。聽之無鳴。有如葉形者。若在皮下則顯藍色。若皮受累則有紫紅色。間或痣發炎。此可自癒。亦有未癒而中若袋者。此類瘤可生於臟腑內。多累及肝。若細查之。則知其爲肝小葉間之微血管脹大所致。肝質則被壓而消散。

治法　此較治毛管痣更難。其法有二。(一)割取術。若能每次用此法治之最善。在往日常以線纏。今則用割取術。而此或善於彼。蓋此法流血不多。縱使刀割痣胭。不過略有血出。只須縛數動脉而已。　圓

形痣。割三日月形之刀口。後將皮邊剜鬆。縫之則易。若面痣。可用合氏皮下縫術。（二）電化術。Electrolysis 割取術如不便。又不欲有瘢痕。則不如用電化法之爲妙也。此法係使電流經過痣。使血有化學及物理之改變。

（三）羅形血管瘤 Plexiform angioma　多爲動脉管所成之血管瘤。但靜脉及毛管在其內。大約見於幼年人。多生於顱皮在太陽或頰處。此瘤性軟。按之血易散。大有搏動。亦有血鳴。（又曰曲形動脉囊 Cirsoid aneurism）其組織係許多大而痕之袋。遮蓋之皮甚薄。易破而大流血。或有染穢之患。有時此類瘤。爲多數小動脉所成。（如動脉痣）但血管失其管形。此類（又曰接通之動脉囊 Aneurism by anastomosis）或起於骨內。或起於顱皮。或起於眼眶。而成一種搏動凸眼症。

血痣性脂瘤 Nevo-lipoma　此不多見。皆由痣及脂兩腡所成。多係胎生性或幼年而生者。此瘤之形成葉。似脂瘤然。其組織較尋常脂瘤腡更密。有捫之畧小而無囊顫者。有毛管或靜脉佈於其面者。治此。除割術外無他法。

第十五章　淋巴管及淋巴腺症 DISEASES OF THE LYMPHATICS

總淋巴管破裂 Rupture (or division) of the thoracic duct　此因刺傷或鎗彈傷所致。或施割術於髃上凹而傷。亦有因脊梁折時傷及總淋巴管致淋巴入胸膜穴內。若髃下靜脈與頸總靜脈連合之處受傷。常累及總淋巴管入靜脈之枝。而致脂肓汁(乳糜) Chyle 流出。倘縛住受傷之管。約無後患。如不能縛。須以紗布塞傷處。過片時液流亦大抵可止。不然則須將受傷之管縫於深靜脈。以免其液多流而體力衰弱也。　有時總淋巴管入靜脈之口被壓或阻塞。致脂肓汁囊漲破。而胸膜及腹膜穴內充滿脂肓汁。斐耳何氏 Virchow 曾查一小牛、見其總淋巴管口不通、於是週身之淋巴管甚脹、而小腸者尤然、

急性淋巴管炎 Acute lymphangitis　多因傷口之穢或穢毒經過該淋巴管而被㖡所致、鄰腡亦受累。有時竟至成膿。大半淋巴管之炎。至近處之淋巴腺而止。管壁盈血而厚。接鄰之腡亦炎、有謂淋巴在淋巴管內結成淡紅色之團。此等作用僅至最近之淋巴腺為限。蓋該腺能濾阻其毒物也。究之亦間有累全身者。

病狀　致炎之傷口、或明顯穢染。或傷猶甚輕。而蓋有乾痂。炎發則循淋巴管徑現小紅紋直達鄰近之淋巴腺。炎處痳腫。捫之覺痛。若僅大淋巴管受累。則捫之若硬條。而紅紋則彼此散列。若小淋巴管俱受累。則不然。各紅紋互相通連成一紅片。與絨連腡炎之狀況無異。有時在淋巴管徑之

數處欲成膿。該處更紅而硬。卒則其中央變軟而爲膿。其人發熱不安。熱度升至百零二三。或伴以寒顫嘔吐瀉泄等狀。苟療治適宜。其炎易退。但淋巴腺內或淋巴管行過之鬆膶或有時成膿。或沿該管成一串之瘴。間或淋巴管久塞不通。而致淋巴硬痳腫。每見腿有慢性癩或慢性瘍者。常如此復發。甚或成象皮症。(曌症) Elephantiasis 更有因血中毒或膿延佈致力竭而死者。

治法　致炎之傷處(病原域點) Causative focus 宜割開潔治。如此方能阻穢及毒素入淋巴管。該肢宜畧擱高及安逸。且敷濕熱物或浸熱水。畢耳氏 Bier 盈血法亦可用之。若成瘴。宜即割之。迨後若有痳腫。則施揉揑法。或裹以帶。惟靜脈無病方可。　又當調理全身。先服瀉藥。後服補藥。如貴林等是。但須防其秘結。飲食宜易消化而富滋養力者。

慢性淋巴管炎 Chronic lymphangitis　此繼急性炎而起。亦有因他故而起者。多見於癰症陽莖背之淋巴管。大硬如條。癰初期更如此。莖包皮痳腫硬實。胅處(腹股溝)淋巴腺亦大。若施以療癰之劑。痳腫即消。淋巴腺亦小。　又有慢瘰性淋巴管炎 Chronic tuberculous lymphangitis 乃因一處有瘰(原發性域點)　而行於淋巴管之數處。其數處之瘰疣始而硬。漸軟而潰爛。則恐難免全身受累。若能割去瘰之各域點最善。　頰與鼻亦有慢再歸性淋巴管炎。Chronic relapsing lymphangitis　乃因鼻內有瘡而其穢毒爲淋巴管所啾也。其頰與鼻盈血而腫。如欲其瘉。必須治鼻內之瘡。瘰性幼孩脣厚之故。與此相同。蓋毒由裂處激惹脣膶所致。

淋巴管似血管。有患痕者。或緣先天(胎生)性或後天(獲得)性。此名淋巴管痕 Lymphangiectasis 又名淋巴管瘤。Lymphangioma 二症不易辨別。但淋巴管痕。僅淋巴管痕大而淋巴猶流行如常。若淋巴管瘤。則係新管所成。然此二症有時並起。

淋巴管瘤 係新生之淋巴管所成。有連網及脂網雜在其中。或屬先天性或後天性。即屬後天者。亦未始不有胎生之根。僅待微傷或激惹以引發之耳。此症又分二等。即淋巴毛管瘤與海絨形淋巴管瘤是也。見二百六十六七頁

(甲)**淋巴毛管瘤** Capillary lymphangioma 多屬胎生性。然隨孩童之漸長而瘤有增。自皮而長者、名淋巴痣。Lymphatic nevus 色如土黃。亦因血之多少而定。其皮或光滑或粗澁似瘊。以顯微鏡觀之。每似瘊之莿含有小胞。此等瘤有時延闊。而與下連網之瘤相接。 此類瘤僅有烙炙術與割取術二法可治。 若皮下網患此症。多伴有洞狀類之袋。此係軟腫。割之。其內似海絨。有許多淋巴及些微血流出。此瘤無限定之包膜。每汎侵四圍之網。有時竟可視爲惡性類。除大施割術外。無他治法。

(乙)**海絨形淋巴管瘤**又名巢形淋巴管瘤 Cavernous lymphangioma 此瘤之淋巴管變爲袋形。大小不一。在皮中者畧大於綠豆。遍身皆能受其累。或有處有數小胞。不炎不紅且不散。故與瘰有異。胞內有淋巴。割之。淋巴流甚久。股內側及莖包皮易患此症。 治法用割取術爲妙。否則割開施以烙炙器、亦可。

有時深胴內有多房袋瘤。Multilocular cyst 多長於頸、而謂之淋巴袋。Cystic hygroma 割去之甚難。因其界限不定也。惟有割開塞以紗。待生肉芽而癒。

淋巴管脹 Lymphangiectasis　此症屬後天性者多於先天性。先天者或係胎中發炎等所致。

巨大舌及巨大唇 Macroglossia and macrocheilia　二者皆由胎生因淋巴管塞。故此二處之連胴過長。又有一種症名精腺膜積脂脊汁。Chylous hydrocele　約由淋巴管塞而起。精索之淋巴管脹。亦曾遇之。

象皮症又名**𦢊** Elephantiasis　因皮下胴過長。將皮淋巴管壓住。分二類論之（一）由血絲蟲而起者曰絲蟲性象皮症。Elephantiasis arabum（二）無蟲者曰非絲蟲性象皮症。Non-filarial elephantiasis 非絲蟲性類之病原甚多。如因淋巴腺內有瘰疽等質、割去淋巴腺致該管閉塞、以及因慢性癩或瘍而起之復發性淋巴管炎所致之該管逐漸閉塞等。皆足致之。患處以下肢及陽囊為最多見。乳房手臂及面亦間或有之。無蟲者之病勢雖不必較有蟲者酷烈。顧亦不必不與有蟲者相埒。參見第五十八等圖 病狀分三類。（一）皮下胴痰腫而硬。壓之其液不出。又不顯凹。與平常之痰腫異。（二）胴過長。不獨皮下胴受累變至極厚。即皮亦變粗厚成瘊形。（三）將成瘊形之時。膝䓣中先成皰。即瘊淋巴管 此皰一破、則有許多淋巴流出。設染膿毬。則成慢性瘍及復發性之淋巴管炎。

絲蟲性象皮症 Elephantiasis arabum　多生於熱帶。如中國南方、西印度及南美洲等處是也。以

累腿、陽囊及陰門三者爲最常。而乳房及面亦間或患之。症發之特狀。係皮下胭過長甚。於是皮加厚而顯瘊形。且或有淋巴流出。患處能長至極大。甚或病者坐時變大之陽囊垂及於地。此症每纏綿多年。然不直接致命。此種情況。係因半可弗特氏血絲蟲。Filaria bancrofti 塞淋巴管而起。該蟲係因蚊而傳佈。詳內科學 一人身中祇有此大蟲一雙或三雙。母者能長至三寸長。7½ cm 其全身充滿生

第八十七圖

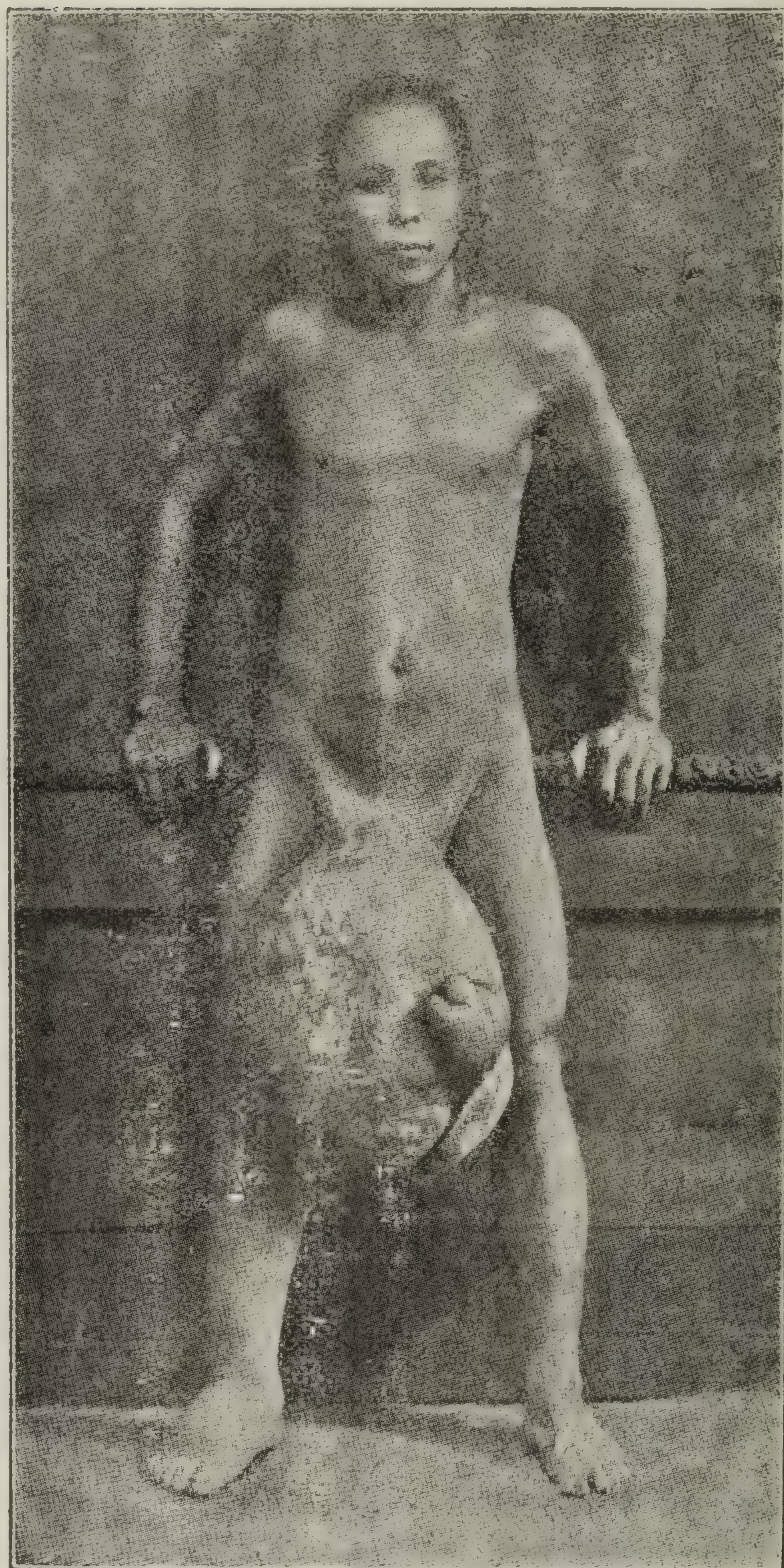


Fig. 87 ELEPHANTIASIS OF SCROTUM

陽囊象皮症

殖器。產無數之蛆。(幼蟲)蛆長一寸之八十分之一。$\frac{1}{3}$ mm 此蛆或盤曲而居身體之淋巴穴內。致淋巴管塞住。或不盤曲而居血流內。晚間用顯微鏡察血。即可窺見。當此時若蚊吮病人之血。則蚊體內即有此蟲蛆。而又成一新禍階矣。

第八十八圖



Fig. 88 NON-FILARIAL ELEPHANTIASIS OF BOTH LEGS
From a woman who had never been out of England. The cause was not apparent but had been in action many years.

非蟲性雙腿象皮症

治法 尙無善法。若查定母血絲蟲何在。即將該處割去。或者有效。但淋巴管被阻之患。或仍不瘉。無論蟲性或非蟲性。其淋巴管閉塞之治法。係將肢擱高。用庫秋帶裹之。若胦(腹股溝)之大淋巴管被塞。則當將瘪淋巴管接入腓內靜脈。而使該肢之腫消散。又法。用無稑之絲線貫入患處皮下腡間。引之入無病之腡以代淋巴管。使患處之淋巴隨線行入好腡。此法甚妙。然對於上肢有效。對於下肢則不甚見功。若此二法不行。或須將該肢截

斷。若陽囊患此。可將病腡割去。只存好皮足掩傷口。施此術時須先將陽莖及精腺用解剖法使之隔離。更用壓脈器免血多流。

淋巴腺症 AFFECTIONS OF LYMPHATIC GLANDS

急性淋巴腺炎 Acute lymphadenitis　多因㖨有激惹物。如毬或毒素而起。凡發炎之處。淋巴之流常增。故淋巴腺因之而腫。迨炎退則腫亦消。若屬染毬。則腫較大而硬。且常成膿。就實際而論。凡腺可視爲濾器。許多病源皆由此濾去者也。抑有奇者。有數種染性症並不使淋巴腺發炎。如延性疥與數種連腡炎是也。此則或係各該症等之急性情況使該管結淋巴塊自塞。致病源被阻不能㖨入該腺也。此症常有輕重不一之腺圍腡炎伴起。即症之早期亦然。或無足重輕。或劇烈而且蔓延。致成汎發膿性連腡炎。

病狀　腺病或與淋巴管炎相伴而起。或獨立無關係。其有時致病之損害將近消滅。而該腺始受患。腺受患後。則變大而易覺痛。若居淺處。則上面之皮紅而㾂腫。週圍之腡亦腫硬。膿成時。此處之中央變軟。按之有動浪。若繞該腺之鬆連腡多。(如腋窩)則膿或竄闊。於是急性炎症所有之全身病狀。如發熱欠安等皆顯焉。

治法　宜療治致病之損害。使之速行復原。用熱袱敷腺處。病人服瀉藥後。宜服貴林及鐵劑。若

成膿。宜用刀割引出。復以防秽敷料包裹之。

腋腺炎 多因手或指有毒傷而起。雖肘節上尙有他腺。然不常同累。腋處有癤或乳房擦破而有毒傷。皆能使腋處成瘡。此處常兼發續腺胭膿炎。蔓延胸肌間或肌下。甚或達髃。如欲割開。必須謹愼。勿傷大血管。宜在腋之前後摺中。自上割至下。(對胸壁)若膿在深處。則宜用希勒呑氏 Hilton 割法。乃割一淺口。隨用鈍鑷插入撑之。以免有傷血管。

胅腺(腹股溝腺) 此處之腺分三羣。(一)沿髂骹筋帶而排列。若陽莖、陽囊、會陰、肛門、臀及腹下等處有患。即波及此羣之腺而發炎。(二)在胜內靜脈前之淺羣。除膕部淋巴腺所收外。凡由下肢淺胭而來之淋巴。皆係此羣之腺所收。(三)爲一深羣之腺。收受下肢深胭之淋巴。 胅處有瘡。宜割一豎口。則病人坐時該口不閉而膿易出。

頸腺 頸腺之膿炎見之甚多。因頭有癩或有虱或聤耳或脣及喉之病而起。欲詳查淋巴管及腺之位置。宜參攷解剖學。凡割開頸項瘡。須愼重。勿傷頸外靜脈及他要胭。以刀橫割胸領肌緜。由此得孔。介膿易出。

慢性淋巴腺炎 Chronic lymphadenitis

分三類。曰單純、癨、瘰是也。

(一)慢單純性淋巴腺炎 Chronic simple lymphadenitis 因皮面有小激惹(不足致急性炎)而起。間或因用力過甚或打傷而起、例如行走過度、致淋巴之流阻礙或管破是也。該腺腫大。捫之即痛。但不與他腺及鄰胭相粘貼。亦少成膿之趨向。此等病多爲瘰性淋巴腺炎之先導。 治法。去其激惹之由。安逸患處。調理全身。若係小兒。更當謹愼。以防成瘰。

(二)慢癨性淋巴腺炎 Chronic syphilitic lymphadenitis 患癨症時。淋巴腺受累。有三級期之別。(甲)癨初瘡則使鄰近之淋巴腺變硬似彈。如不成膿則不痛。(乙)癨第二期全身受累時。則多處

之淋巴腺變硬。(丙)癰第三期則淋巴腺或變爲癰瘤。或變大而易覺痛。因有毒由潰癰瘤而入也。

(三)慢瘰性淋巴腺炎 Chronic tuberculous lymphadenitis

小孩及青年多患之。居屋不適衛生及飲食不清潔等。每足助成此症。其人之身、常有單處之激惹。如頭虱、牙壞、耳癰、鼻喉淋巴腘過長及面癩等是也。因此等激惹之故。頸淋巴腺乃發慢性炎。正所謂隴畝已耕。惟待種子耳。於是穉遂穿膜而入血及淋巴、則止於該淋巴腺焉。又有氣管淋巴腺及臚、淋巴腺等前有瘰患未盡之穉隨血入他淋巴腺者。凡人身之淋巴腺腘俱能患瘰。而尤以頸淋巴腺爲最。腋、胦、與腸懸膜腺亦易患之。此症始而一羣腺受累。或起於一腺。而衆腺繼之。但多有衆腺雖受累。而較先受累之腺輕者。此症所歷之級期有七。而此七級期常無一定之次序。(甲)腺顯過長之狀。初與慢單純性脒數增多之過長 Simple hyperplasia 無異。有時腺長至大於本體數倍。剖開觀之。色淡紅。質堅。以顯微鏡視之。似淋巴脒加多。腺之包膜過厚。架腘亦然。瘰穉既入。以顯微鏡觀之。即現瘰粒。惟初非目力所及見。(乙)腺腘數處之瘰疣壞變似豆腐。散布腺內漸集合而成大塊。(丙)有時此豆腐質成錯礬致腘縮小而硬。且常與周圍之腘相粘貼。臚腺及腸懸膜腺更如是。頸腺間或有之。(丁)更有不善之狀。如豆腐質變成液、或有膿穉入而生膿。於是腘內數處、膿域點漸漸壞盡腺腘。合而成一大瘴。其瘴內或有未壞之架腘。腺之包膜亦未盡壞。乃變成瘴膜。間或有數腺生膿後則合成一大多房瘴。有似豆腐質雜其中。(戊)常有腺圍炎。輕重不一。若腺生膿。則致腺與腺及隣近之腘互相粘貼。炎之

屬慢性者。其腺圍胭成筋瘢。將腺緊粘深腦經及血管。迨後欲去該腺。則甚難而且險。間或有重要

第八十九圖

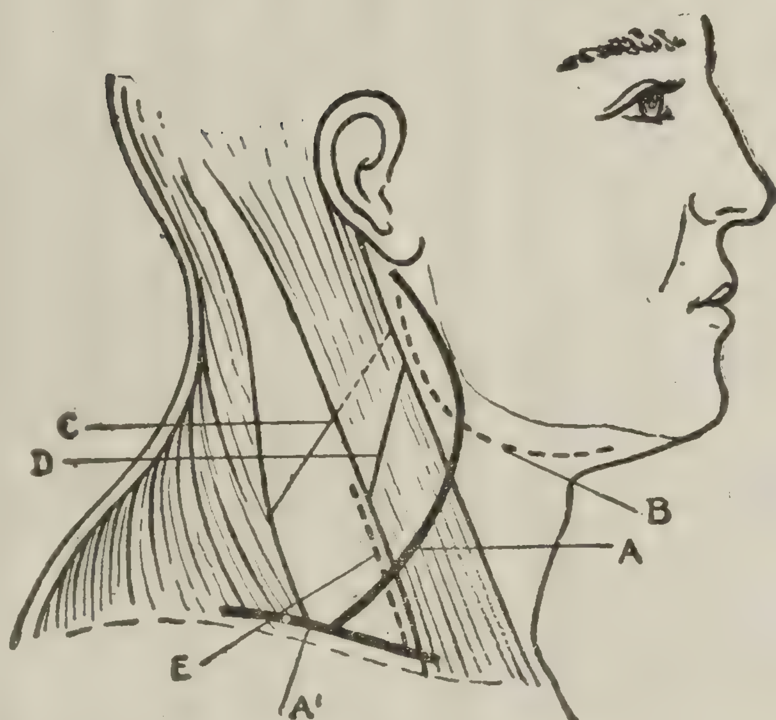


FIG. 89 INCISIONS FOR REMOVAL OF TUBERCULOUS GLANDS FROM THE NECK

A and A¹, for removal of glands from both triangles (Halsted's method); B, for removing glands from submaxillary and upper carotid regions; E, for removing glands in lower part of posterior triangle; C, spinal accessory nerve; D, site for division of sterno-mastoid.

取頸瘰腺之刀口

之血管爲膿炎所蝕破。致流血死者。(己)瘰若不施治。遲早必自穿破。其穿破或一處或數處不定。潰爛而有肉芽胭及似豆腐質凸出。其圍皮薄。色紫藍。與胭相離。有時肉芽由孔口凸出如菌。又有膿流出。此時若不施治。則或年久難瘉。(庚)用相宜治法。則潰爛可漸瘉。但所成之瘢痕柔軟如絨。有縐紋而凸。且存有血管。較他瘢痕難平復。如腺有患。不能納受淋巴。異日經過之部必有淋巴腫。

治法　當調理全身。飲食宜富滋養力者。藥亦宜用補劑。如魚肝油及鐵氯**糖漿** Syr. Fer. Iodid 之類。宜居適合衛生及空氣充足之地。如能居處海濱更妙。又須去激惹之源。

如牙根生膿、腭扁桃(喉門棚)大、喉之鼻部淋巴膶過長等。以免膿穉從此入腺。外惹內效之藥最妙不用。安逸患處有時宜以夾板夾之。使不搖動。用小劑瘰穉素射於皮下或有效。

手術治法▪若能將該病腺去盡更妙。富人往往畏割。百計調治。思以減患。但遲延過久。則腺與膶緊相粘貼。反難治矣。　若在頸項。先用別法治之。或可免割。　倘有膿炎。除割術外。無他良法。瘰已成。須知瘰常延至筋膜下。苟不將深處之膿去盡。則傷口難瘉。又割瘰時。宜將深處之瘰質連帶去盡。不然。迨後傷口雖瘉。若瘰質發展於內。則須大施割術。將深處之腺去盡。　夫施去腺之術。必先認定腺在何處。而後擇最適宜之法割之。務使瘉後不留刀痕爲妥。頸上段之腺。居於骶髃顳肌前。割時。刀須略橫。或循皮紋割之。或照縛舌動脈之割術割之亦可。第八十九圖B　若在頸下段。可循骶髃顳肌後廉或前廉割之E。若腺在後。宜於髃骨上割一口A。

若骶髃顳肌前後及下俱有大淋巴腺。則用哈司替氏割法 Halsted's method 最善。刀口由顳凸尖起。向前循頷骨後。又屈下至髃骨上中峯A。又在髃骨上割一口A[1]。將二刀口之片撥開。露出大淋巴腺及骶髃顳肌。又從下後起深入割之。將髃上三角處顯明。又割斷髆舐肌。將此肌兩端用線穿之。提前端於上。再將骶髃顳肌斜割斷D。在兩段腦經下C。又將此割斷之肌一翻向上一翻向下。則頸動脈鞘上之深淋巴腺顯明。即可由下往上而去之。須謹慎。免傷頸內靜脈及腦經。莫如先將靜脈縛住而割去之。免縛數處。因施割術後、患者若嘔吐。則靜脈之壓力驟大。所縛之線或即脫去也。淋巴腺去盡後。將肌兩端還原縫之。所割斷之筋膜等物。用藏縫術縫之。凡在頸項縫皮。須用哈氏縫術。乃可免醜陋之瘢痕。

耳前淋巴腺居腮腺包膜上。有時發炎。致偏面癱。因面腦經被變硬之圍膶所壓。或因割法不善之

故。此處之腺炎成瘻。欲割之。當循面腦經施刀。胯腺腹股溝腺有慢性瘰炎。易誤爲花柳症。然症之源流及其慢性。已足爲診斷之確據。髂淋巴腺常同然受累。在此處措手。非用重割術恐難取出其腺。其腺圍炎常甚重。致髂腺緊相粘貼。去之較難。施割術後。有時致精腺消瘦。蓋因割斷精索血管或血管壓於瘢痕內所致者也。

淋巴腺瘤 TUMORS OF LYMPHATIC GLANDS

河斤氏症又名**淋巴腺胴瘤或惡性淋巴腺大症** Hodgkin's disease or Lymphadenoma 此症係全身淋巴腺及脾肝等之淋巴胴過長受累之淋巴腺及內臟之受累處。具一種特性組織。與單純性過長或受瘰之胴女逈異。將腺剖一片察視。則見內外兩質之形色無別。全腺俱受累。淋巴胅極少。腺之筋架胴多少不一。筋架胴若少。則腺軟。有時筋架胴多。則腺即硬。此症之腺之硬軟。皆各從其類。無此軟彼硬此硬彼軟者。然軟者之長較速而性亦更惡。青年患此症者較常男多於女。有時腺過長乃係某處之炎症所致。如中耳炎或牙癬 Dental caries 等。然無此種病源可尋者亦常有。頸腺常先受累。有時或限於此一羣腺內甚久。始有病狀發顯。此種病況。曰良性或單處性淋巴腺胴瘤。Benign or localized lymphadenoma 此外則有膻內或腹內之腺等先受累者。迨病勢進步。則各處之淋巴腺俱可受累。脾常受累。脾中顯白灰色疣者居半數。肝腎皮等或亦有此等變狀。

病狀　初起之病狀輕。不過腺大而已。際此。該腺等軟而有彈性。不粘連於皮。少有變壞似豆腐及生膿之趨向。若係胸腹內之淋巴腺先受累。則最早之病狀爲壓狀。此爲膻內腺先受累者最易顯出、其上總靜脈受壓之狀早顯。兼致胸淺靜脈盈血。　迨症後期。則顯間發性熱兼腺腫及痛。此或係輕熱膿稽所致　腺與腺常相連合成一大硬塊。而症勢遂遍全身。有兼顯不甚重之繼發性血虧。白脒畧加多。而以淋巴脒爲甚。繼則熱益恒發。病者遂衰憊不起矣。

診斷　(一)河斤氏症與淋巴性血白脒增多症 Lymphatic leukemia 之分別。係河斤氏症之早期全無血之變狀、及後期僅顯繼發性血虧。且河斤氏症常以有淋巴胭之定處爲限。而血白脒增多症。則不論身之何處皆能發成瘤。　(二)與淋巴疕瘤 Lympho-sarcoma 之分別。係河斤氏症以腺爲限。不侵入圍胭。而淋巴疕則最能侵入圍胭、且更能達於無淋巴胭之處。　(三)與腺之瘰性症辨別每難。瘰性症多爲小兒所患。多發於頸之兩旁。且有腺圍胭炎。故各腺互相粘貼之超向較大。更易生膿。凡遇疑難之症。可割腺用顯微鏡察驗。始能下一定之判斷。

治法　治河斤氏症雖不乏其術。究未得一妥適之良法。初起時用割術取之。大約復發。惟有用砒藥。屢用屢增。同時亦用X光線射於淋巴腺大處。庶可有效。近有人用薩伐散·六瓦 Salvarsan 0.6gm 及X光線。施諸某人。竟見大效。

淋巴性血白脒增多症 Lymphatic leukemia　此與外科學似無大關係。但因與河斤氏症相似。

不得不畧言之。此症之病狀較劇烈。且有極重之血變。如白脒大增。每立方千分米之血內約有白脒十五萬左右。因淋巴脒 Lymphocytes 大增也。每一百白脒甚或有九十餘淋巴脒。血虧極甚。治此症施割術恐無益。用砒藥或有效。近有人用X光線射脾及長骨端。暫可有濟。

淋巴疕瘤 Lympho-sarcoma　其腡與淋巴腡相似。係小圓脒所成。圓脒與平常之淋巴脒相似。居羅架腡內。長疕之淋巴腺、其腡無內外層之別。有時與小圓脒疕瘤甚相似。惟架腡較明顯耳。判斷此疕之證據。不在腡學、而在臨症時之特性。蓋此疕每兼侵入及破壞周圍之腡也。　淋巴疕無論身之何處皆能生。然大半由淋巴腡而起。如頸根之淋巴腺、膈扁桃與膻淋巴腺等處是。又或在腸集合淋巴結。集腡及精腺而起。若瘤生於可見之處。則知其速長。初起。捫之有彈性。硬而不痛。迨長大。捫之則痛。後因壓腦經甚或侵腦經則痛甚。其瘤早與圍腡相粘貼。又直接傳入鄰淋巴腺而生子瘤。初起時。瘤上之皮色狀不變。迨瘤長大。則皮盈血而光亮。亦含有痕靜脈如羅網。後則皮受累而潰爛、如他速長之惡瘤然。最易出血。當瘤傳徙至內臟時。則人力耗竭衰憊而亡。　治法　此應將瘤割去。愈早愈妙。若瘤粘貼圍腡而難施割術。則惟有用鐳藥治法 Radium therapy 耳。

淋巴腺內子瘤 Secondary growths　此係疽性瘤之特狀。最易傳至他處。屬疕性者較少。惟黑疕與淋巴疕二瘤則往往有此子瘤。又精腺疕、扁桃體疕、牌腺疕亦常有之。此數疕另詳他章。

第十六章 腦經症 AFFECTIONS OF NERVES

腦經所受之輕傷、最常見者爲痏傷及扭傷 Contusions and Strains 甫傷之時。人覺震刺如針。過片時。則此覺惹即消去。傷較重者。則行動與感覺之功或失。而患癔症（瀆症）Hysteria 之婦女遇此。則有或輕或重之腦經痛。又夙有癲癯或痺等者。則易致慢性腦經炎。施治頗難。康健者亦間或如此。

治法。用激皮藥輕擦患處。

腦經受壓 Compression 多因有瘤長。或有動脈囊及骨發炎或折而移位所致。又或骨折斷後。接骨質將腦經含在其內。（纏肱骨腦經因鄰近肱骨每受此累）此則受累之狀在受傷後四五星期顯出。有因腋杖壓腦經而臂癱者。有因夾板壓腓骨頸致腓骨腦經被傷者。又有因慢性骨炎而致穿髏骨管之腦經被壓者。患癯者之腦經畧受壓。最易起慢性腦經炎。 其初狀因腦經受激。肌痙或腦經痛。後則因壓過久而有癱及痳木之狀。致肌消瘦。 若能除其壓。並用揉捏及電氣療法。則腦經可漸瘉。

腦經斷傷 Rupture 乃皮不破而腦絲斷。多因關節脫或骨折等重傷而致。但腦經全斷者罕。縱腦絲軸斷而腦經鞘或猶完好。當時每顯癱狀及感覺失。但因其鞘無傷。該腦經瘉合者亦不少。然或纏綿甚久、亦未可知。故治時有鞘不斷之期望。先以擦抹及電治患處。若無效。可施割術。將腦經兩端用線接合。但勢已至此。即施此法。亦恐無大效。

第九十圖

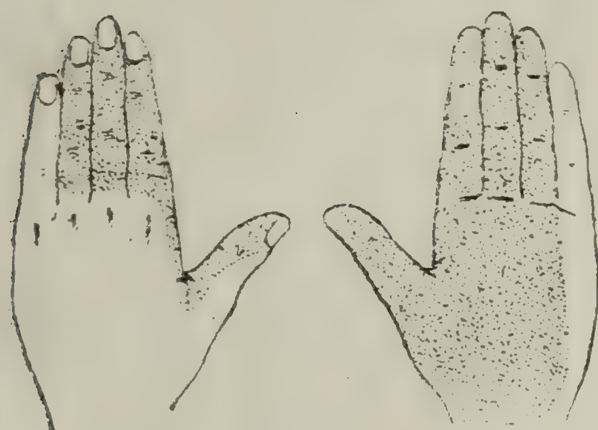


Fig. 90　INDICATES THE AREA OF PROTOPATHIC SENSATION SUPPLIED BY THE MEDIAN NERVE AS DETERMINED BY SECTION OF ALL OTHER SENSORY NERVES TO THE HAND

此圖指明坡妥琶踢感覺處乃爲臂中腦經所司必將手之他感覺腦經割斷始能顯出

第九十一圖

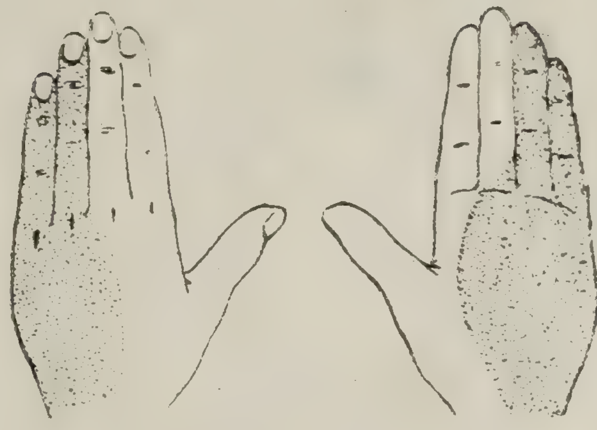


Fig. 91　DITTO FOR ULNAR NERVE

此圖指明臑骨腦經所司之坡妥琶踢感覺處

腦經全斷 Total division of a nerve　其效果分當時及過後二者。**當時效果** Immediate effects　(甲)該腦經所司之肌俱癱。(乙)所管之處麻木久。暫不定因。有他腦經相連故。感覺功用或能漸復。(丙)司血管功用喪失。故數日間患處盈血而熯。後則血減而冷。(丁)司泌腦經癱。故腺之生泌功用暫失。

過後效果 Secondary effects　乃依腦經之特性而異。較當時效果更爲繁雜。

(一)**腦經之變** Changes in the nerve　患處腦經割斷之處。其兩端畧縮。距離十二分寸之一。端間積血。此血旋即被睞而長肉芽䐈。後成瘢性䐈一塊而似球。見第四十五圖 名傷性腦經瘤　瘤內空處有腦經纖絲蟠環。凡截肢之後。各腦經割斷之端。大多數顯此等似球形之䐈塊。凡由傷斷之腦經。

其上段亦如是。而下段枯。兩段間隔。或被筋絲相連。其腦經瘤每每作大痛。 腦經斷頃刻即相連。而腦經功用如故者或亦有之。但此或因相通之腦經有以代其功用也。 遠段 Peripherally 受傷之腦經。其遠段當時有白脒侵之。待數日。則有連膶脒生於此處。過四日。腦經斷之壞變狀乃起。因腦經與滋養司所隔絕。先則腦絲白鞘分而節變爲腦絲鞘素 Myelin 之粒。後則被白脒或連膶脒所消。經一月而全無。腦絲軸亦壞而消散。腦絲衣脒孳生成筋脒如柱而佔腦經位。但無腦經之傳導力。 近段 Proximally 其變壞與遠段畧同。惟至腦經絲節 Node of Ranvier 即止。此狀無關緊要。

(二)**肌之變** Changes in the muscles 司動腦經斷則肌癱。又漸漸壞變而枯。但其枯不似小兒肌癱症之速。因僅係與滋養司所間隔所致。非司所敗壞而然也。迨後或有畸形。此因一處之肌失其功。而不能敵相對之肌也。以法拉電流 Faradic current 驗之。癱肌應電之激惹速失。至三星期而癱肌不應。以恒電流 Galvanic current 驗之。電應猶存數星期或數月。而逐漸減少。故恒電流之感應遠過於法拉電流。此稱爲變壞電應效 Reaction of degeneration 若此效存在。則無論許久皆可有腦經功用復初之希望。若此二電之感應皆失。則絕望矣。

(三)**感覺之變** 各種感覺由各種之腦絲所傳。(甲)深感覺 Deep sensation 如辨別輕重、痛壓及肌與關節之運動等感覺乃由司動腦經而傳。故截斷感覺腦經不至損以上所言之感覺。(乙)坡妥琶踼感覺 Protopathic sensation 即覺皮痛及二十度下之冷五十度上之熱(百度)者。其感覺界汎而無定。大約可從腦經根

分配之處而傳入。非必從某腦經而傳也。若欲驗某腦經所司之處多少。必須割斷諸鄰近之腦經始能查明。如此。可知某腦經已割斷。而所司之處其感覺猶存。乃因有他腦經在該處代其功也。(丙)厄皮克踢感覺 Epicritic sensation 可辨明二十度至四十度之冷熱。亦可分辨兩針刺處相距之遠近及輕摸。此類感覺。大約限定於感覺腦經所司之處。 割斷一單純感覺之腦經。則在此腦經所司處之厄皮克踢及坡妥琶踢感覺皆失。但厄皮克踢感覺處之界較大於失坡妥琶踢感覺之處。此因鄰近之腦經末相錯也。 若割雜功腦經 Mixed nerve 所司之處。則三類感覺皆失。但若此處之腦經與他腦經多相通。則坡妥琶踢感覺大約仍照常。再者。腦經後根割斷。坡妥琶踢感覺較厄皮克踢感覺所失之處更闊。但感覺腦經不全斷。則厄皮克踢感覺較坡妥琶踢感覺所失之處更闊。第九十九十一兩圖

(四)癱處之血至減少而血運弱。故該處常冷。且生活力低。致易生凍瘡及潰爛。遇傷則難痊。畧受激惹即成瘍。如割斷第五顱腦經後。眼瞭成瘍。又如足生穿瘍等。小骨亦或繼之而枯。指趾之末關節連硬。小兒患此。則癱處之發育大概減少。若腦經不全斷而其末枝常被激惹。更有顯狀如下。皮變薄。消瘦。色紫而光滑。或粗糲如鱗。或疿腫。頭髮及皮毛俱脫落。指甲亦焦枯。䐈腺、汗腺所出之泌或過多或全無。

(五)又有因腦經受傷而累及中樞腦系統者。早期或暫顯反應性痙攣、或癱狀。後或愈重。昔有一健壯之人。被玻璃傷臂中腦經。就醫每按該腦經之端球、即發癇性瘛瘲。後割去端球將腦經接續。

其人仍痛且癱。迨後雖在肘節上截去臂中腦經。亦無益。終則病者成慢性癡而死。死後剖驗並無致腦病之明顯損害。

腦經復生。 Regeneration of divided nerve 腦經已截。如不復生。其功不能還原。若查截腦經之遠段。無論與近段相連否。則可見有復生之勢。惟近段之端有胴塊成球阻隔。故復生之功用難全。近人論辯不一。有云腦絲軸由近段長至遠段。又有云係由遠段復生者。然不拘近段長、或遠段生。必緩緩而有。須遲之數月、乃能告成。 夫感覺復原。乃腦經復生之第一據也。初則只畧有坡妥琶踢感覺而厄皮克踢感覺則遲有。至司動功之復原尤遲。或至終亦不全有。倘大得效。雖斷腦經有寸半之間隔。亦能復生而相接。但不常見。試以接枝(詳下)置於已斷腦經之間。雖接枝不自行連合。要之可藉以令兩端之腦經脒相向而續焉。

治法 若腦經之小者。雖斷無關緊要。若係四肢之大腦經。必立時設法相連爲妙。立時縫合腦經法。 Primary suture 用縫衣針或哈基洞氏 Hagedorn 小針以極細之腸線穿腦經二三返。又縫腦經鞘。更須用防穢法。如此。則可望有佳果。若用薄膜(用牛之腹膜製者 Cargile membrane)包裹腦經。則可免腦經與鄰近胴相粘貼。 若腕節有割傷。須小心縫好割斷之腱及腦經。以免日後有相粘之弊。致腕不能轉動。

過後縫合腦經法。 Secondary suture 若受傷後數月。腦經端已長成球。必須以刀朿開口。尋腦經之兩端。將端球及筋胴去盡。顯出原來腦纖絲。然後使兩端弛緩而接縫之。之後設法安置該肢。使腦經

弛緩。有人因縫纏肱骨腦經。割去肱骨二寸。使腦經弛緩。以便相接。若在腕節縫腦經。可令腕節屈成正角。且屈肘。但縫臑骨腦經後。不可屈肘。因能令腦經扯緊也。

腦經接補術。Nerve grafting　係用甫殺之獸之腦經一段。置於已斷腦經之間隔中縫之。此法迄未見有大效。用細腸線聯其兩端。功亦相似。

腦經接通術。Nerve anastomosis　此法曾用數次。以接面或他癱處之腦經。使之復動。其法如下。將相近之腦經撥現。再將傷腦經之遠段與此腦經相接。越數日。畧有效。而動功亦畧復。

癱時。須施揉揑法。每日使指趾常動、以防連硬。又以電流激肌。或將全肢浸於電浴更妙。待至全肢發紅爲度。施此法之間。可用夾板使肌弛緩。以阻相對肌之敵力。又須用法免癱處受壓傷。　若傷處染膿穢、致有膿炎而肢顯癱狀者。多因肌腱及關節發炎所致。非盡因腦經受傷而然也。

急性腦經炎 Acute neuritis　此症不甚多。常因傷害、癩、痺間或因染穢之傷而起。腦經或腫。按之即疼。有時不按亦大痛。以顯微鏡驗之。腦經有炎狀。而其鞘更甚。　治法。使肢安逸。在腦經道上施水蛭術或火杯術。又以巔茄敷之。及用全身合宜之療法。

慢性腦經炎 Chronic neuritis　又名腦經圍炎。Perineuritis　此較急性腦經炎多。按病學驗之。不僅腦經之諸連胐增多。即腦絲束間及繞束之連胐亦然。故血管受壓。此症乃扭、扯、壓等傷所致。若先有瘰、痺或癩者。更易患之。痒症後亦不少。亦有數種毒症。如中酒、糖尿、瘧等。皆能引發。患處多在第

五顱腦經及臂腦經羅之枝。 病狀。不一。因腦經而異。有時變粗。按之即痛。亦有最痛者。所司之肌欠功。更有欠養之狀。如穿足瘍及指趾關節連硬等是也。 治法。初起可服抵症藥。如鋏氯鹽及錄等。又當許久安逸患處。且施以起皰類之外惹內效藥。後用揉捏法及擦藥類。若有癱狀。每日以法拉電流或電浴激之。射熱浴法 Radiant-heat baths 並傳藥電子療法 Ionic medication 亦善。若痛甚。可服醋柳酸類 Aspirin 或射莫非或阿刀便於皮下。若無效。可於腦經中刺數針。留片時而取出。此法之效。或因腦經鞘之炎液隨針放出也。又有數割術。惟腦經極痛日久者可施之。詳論於後。

腦經瘤 見第一百六十一頁

腦經痛 Neuralgia 此症或屬內科療治或外科療治皆可。乃常見之症。有輕有重。重者遠過他種疼痛。其痛如刀刺。循腦經徑陣陣而至。三叉腦經尤然。每突然而起。逐漸增至極點。然後漸漸退去。或驟退。每一陣痛、或數分鐘或數點鐘不定。又或一日痛數次。或一點鐘痛數次。或聞震响聲或遇冷風等、皆可使痛復發。且有因按而痛則起、或加或減不定。患處之皮。有時盈血而痳腫。按之則痛。間或使鄰近之肌痙縮、並淚腺汗腺出液過多。有時循腦經徑起瘰。如肋間腦經痛時、則顯腦經瘰。俗名纏腰龍 Herpes zoster 諸感覺腦經及雜功腦經如肋間腦經、骶大腦經。並複雜組織如乳腺、精腺、大關節等。皆能顯此痛狀。

原因 甚為複雜。故醫者診查。不可拘定一方面。癔症、血虧、煩悶、憂慮。皆可為此症之先因。其定

因有兩項。有毒者。如瘧、痒、鉛、銾之毒是也。有反應者。如卵腺有病、或腸內有蟲等是也。又顱腦或脊腦有病。腦經根在從髏或脊而出之處被壓。腦經幹受傷或被瘤壓等。皆足引發此症。

治法　最要調理全身。患處敷以外惹內效藥及止痛藥。血虧者可用鐵劑及砒劑。又患癔症之婦女。可服解痙藥。如鉦甘松礬。Zinc Valerianas 患瘧者服貴林及砒藥。若能海浴甚善。否則用鹽水浴亦可。能暫遷異地調治更妙。患癨者可服鍬氣及銾。若痛急可用莫非、醋柳酸、Aspirin 安替派林、Antipyrin 非那昔廷、Phenacetin 薄荷氷、布哥拉 Croton-chloral 等藥。間或有效。又用傳藥電子法。Ionic medication 如可卡印等甚有效。若藥治法不效。則須施割術。其法如下。

(一)感覺腦經　如三叉腦經等近今多有以酒精百分之七十射入腦經幹以滅其腦網者。射酒精術詳後甚效。割斷 Neurotomy 則有效。但感覺腦經最易復接。而使感覺功用復原。故此割術不過奏效一時耳。割去一截 Neurectomy 更好。因其效較耐久也。即使病根在腦司所。用此法亦能阻止腦經傳入之激刺。俾該司所得休息。凡割去之一截愈大愈妙。　更有一法。將腦經剖露。用鑷將腦經幹扭出。Nerve extraction 若以上各法無效。則須割顱內或脊內之腦經根。或除去根之結。

(二)雜功腦經　此類腦經。一面能傳動肌之激。一面能受感覺之激。故不可截斷。只能扯伸 Nerve stretching 而已。其法如下。　將腦經幹剖露。大者用指鈎起。上下拉之。小者可用鈍鈎。如此。則該腦經之功用暫失。然因未斷。故能漸漸復原。腦經之彈力性及伸性頗大。使腦經、斷之力之大小、

雖已試確。然各人之腦經力畧有異同。當施割術時。必預爲審定。例如髖大腦經、可容受尋常人拇及食指之全力。凡施此法。必一氣拉之。切勿停頓。扯伸之效。係使粘腦經之炎膶離開、及變易腦經及其鞘之關係也。蓋使腦絲束衣之彎曲纖絲伸直。則腦絲間之淋巴穴被壓。腦經鞘之腦經 Nervi nervorum 或破腦經即盈血而腦絲白鞘或斷離焉。

特別腦經症 AFFECTIONS OF SPECIAL NERVES

顱腦經 Cranial nerves **齅腦經** 有時篩上扁折裂。齅腦經即受累。或因顱腦前半受震痏。齅腦經即失其功而不能齅。

視腦經 髏底前折裂。致視腦經孔受累。則視腦經裂斷而盲。又視腦經鞘有瘀。或炎液滲入。將腦經壓住。則視力或欠、或全失。若所出之血少。視功或可復原。眶內炎亦能使視腦經被壓。或炎退後成痕縮小而壓之。癨症累視腦經鞘或鄰處成癨瘤。或動脈囊壓腦經。皆能致矇。至於大腦瘤或發炎。常有顱脊腦液壓力過度。而致眼底之視腦經輪痳腫。Papilledema 視腦經每因之消瘦而盲。

動眼腦經 即第三腦經此腦經專司動。故受累必顯癱狀。其原有二。(一)腦內者。如視結間房底有癨、或他故壞變。(二)腦外者。如眶或蝶骨處有動脈囊、或瘤、或受傷等。病狀。全癱病狀如下。(甲)上瞼墜。因提上瞼肌失功。(乙)眼斜向外。因眼內上下直肌俱失功。又眼畧下斜。因眼下斜肌

癱。(丙)瞳放大。因睛簾癱。(丁)視遠近之能〔調視機能〕失。因睛肌癱。(戊)眼睪凸出。因諸肌弛緩。雙視狀〔即視一為二〕極顯。在蝶房血埂壁之第四五六腦經、俱距第三腦經〔即動眼腦經〕近。故第三腦經被壓、而第四五六腦經亦或受累。眼盈血亦因蝶房血埂被壓而起。若因諸肌癱而眼球不動、然無靜脈盈血。則係視結間房底有病。其原或係瘰症。　治法。服銾及鋏氣為妙。

第四腦經　此腦經癱。則眼上斜肌失功。病者即不能將眼斜向下外。若向下視。則顯雙視之狀。

三叉腦經　即第五腦經、間或頭受傷。此腦經被撕裂、而感覺功喪失。則瞭潰瘍。此腦經最多之患、為三叉腦經痛症 Trigeminal neuralgia 患之者女多於男。此類腦經痛與平常腦經痛有別。〔如頭內或外之瘤累此腦經之枝而起者〕蓋此則感覺不失。並痛極甚而屬陣性也。Paroxysmal 故有癇樣性腦經痛之稱。其痛多在頰段眶下枝。或由頷腦經起而蔓延於三叉腦經之諸枝。初起痛陣不多。日久則痛陣愈多而痛愈烈。直致病者腦力耗竭。致常用莫非成癮。甚或痛極而圖自盡。此症之情狀頗與全身康健有關。而其間歇期亦因之無定。痛初發時。臉肌甚或頸肌皆跳。或頭半側出汗及盈血。數處顯劇痛點。致病者不敢梳洗受患之一側。痛發時。眼多流淚。鼻洟與口涎亦或加多。

原由　尚未查明。有數人因生內膚瘤於該腦經結中而痛。然大多數患此症者。無腦經結及腦經枝之變異。

治法　治此症之藥料甚多。而最有效者為莫非。但常用此藥。其份劑必漸次增加。果若是。則不

獨貽害身體。且貽害靈心。倘不因止痛於暫時。則不宜用。凡有反應之激惹。如爛牙或眼之屈光力有誤、或鼻內有病。或卵腺有病等。皆宜治之。而去其激惹。然切不可因痛而將好牙拔去。蓋不獨不能減症。或且增重之也。　此症大多數終久須施割術。例如將腦經割斷及扯鬆腦經幹等。可暫時見效。縱割去腦經幹一大段。其效亦不永久。唯一之恒久療法。則係將三叉腦經結割除。至少亦須將該結之下段割去方有效。蓋此症多爲結之下二幹受累。而上幹既大有關於養眼。又與蝶旁血梗相貼。所以割時留結之上段亦可。此割術之效驗極大。但不得謂爲無危險。所以獨有一幹腦經痛。可先在顱外割截此幹一大段以試之。倘痛復發。然後割去其腦經結。方爲妥善。又有新法。即以酒精射該腦經內甚效。

手術　眶上腦經　不常施割術。蓋眶上腦經雖係三叉腦經之一枝。然其痛則不定屬陣性類。且用內科療法較有效。其痛多每日按時而發。　治法。製丸法如下。低鐵硫强礬 Ferri Sulphas 一厘、貴林雙硫强礬二厘、莫非氯鹽十二分厘之一。發痛四點鐘之先服一丸。又每點鐘再服。至服六丸而後已。若查見有激惹之處。則宜去之。此後倘痛不止。則割截該腦經。該腦經由眶上峽而出。此峽居眶上廉內中分之接合處。若徹眉割一口。沿臉圜肌絲割入之。又在骨衣割一口。將此及眶之脂壓下。即能割去該腦經一大段。

眶下腦經　由眶下孔而出。此孔在眶下廉中下半寸。若在此橫割或曲割一口。該腦經即顯。然如此割斷腦經。其效不能永久。故必在蝶傾結後將腦經幹割斷。割法有數類。若施於臉上。恐後痕跡不雅。則用割翅外肌之法爲妙。其法如下。刀由額骨外角割起。循顴骨上廉至耳前。曲往下至頷骨角。(九十二圖B) 此片係皮與皮下膶剖開後則推向前。又橫割一刀。剖露顴拱。撥

開骨衣。將骨鋸斷。同嚼肌一齊轉下。用扁鈎將太陽肌腱鈎向後、而使翅頄凹露。若頜峯大。必須去之。用衇囊針鈎起從蝶圓孔出之三叉腦經第二段。更鑿去蝶骨大翅底皁。如此則易鈎起腦經幹。若再在面割一口。而將穿眶下孔之腦經幹割斷。則該腦經全幹可以扭出。其牙枝亦必同時撕斷矣。割畢。用銀絲縫顴拱於原處。且縫好移開之胭。此割術有大效。且痕跡既不甚明顯。

第九十二圖

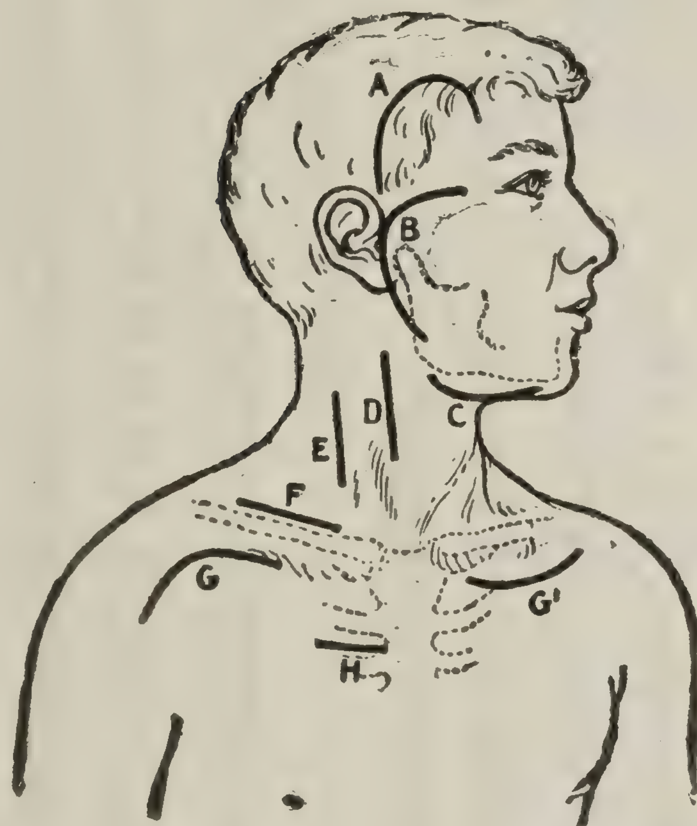


Fig. 92 SIONS FOR VARIOUS OPERATIONS ON HEAD AND NECK

A, Fla incision used in trephining for meningeal hemor ; B, flap incision for operation on roots of the fifth nerve; C, incision for ligature of ual artery; or ligature of common carotid; E, for ligature of vertebral artery; F, for ligature of the third part of the subclavian; G and G1, incisions used for tying first part of artillary; H, for ligature of internal mammary artery.

首頸動脈及腦經之手術刀口

H 縛胸直動脈之刀口
G G1 縛腋動脈首段之刀口
F 縛髃下動脈第三段之刀口
E 縛項脊動脈之刀口
D 縛頸總動脈之刀口
C 縛舌動脈之刀口
B 第五顱腦經根之手術刀口
A 因顱腦不流血而用圓鋸術之刀口

而[illegible]頜骨亦無礙。　三叉腦經第三段痛。常致味腦經及頜腦經皆受累。可在蝶蛋孔截斷此幹。

下牙腦經　有時因此腦經在骨管內被壓而痛。可在頜骨下廉割一口。用圓鋸去頜角一片。則見該腦經在管內。若將該腦[illegible]一半。俾腦經露而不壓。痛庶可止。

在蝶蛋孔截三叉腦經第三段在腮腺處割一口（如九十二圖B）由顴拱起至骨頜止。將皮與皮下膶剖向前。露出腮腺副腮腺及嚼肌等。上有筋膜遮蓋。（若刀口不深入皮下膶。則面腦經不受傷）於是在副腮腺下橫將嚼肌割斷。又將頜扁之肌及骨衣剖開。用四分寸之三之圓鋸。在頜峽鋸去骨一塊。所餘之骨用骨鉗剪斷。（前後必存頜峯及節頭。以免變頜骨之形）如此則必見翅外肌絲橫過此處。又傾血管亦在此。若傷此血管。血必多流。味腦經及頜腦經同從翅外肌而出。居翅內肌及頜骨間。將該腦經之梢段扭出剪斷。以多爲妙。又將翅外肌扯向外。以電燈射光入內。即可見腦經幹從蝶蛋孔而出。當在此處剪斷。此傷口之結局最好。且少留痕跡。然對於頜骨之動功或有牽掣耳。

去三叉腦經結術 Removal of gasserian ganglion　在太陽處割馬蹄形之刀口。底在顴拱上。用鑿或電鋸將骨鋸脫。將皮及肌骨[illegible]翻下。使腦筋衣顯出。又將腦筋衣輕輕剝離髏中凹至蝶旁血埂。則見腦衣中動脈。可將該動脈縛在蝶峯孔上。或用潔淨絨或蠟塞此孔亦可。腦筋衣之小動脈及靜脈或多出血。然即時輕壓之即止。又用壓板將腦筋衣及大腦顳蝶葉壓開。則見腦經之第二三幹由結而各入其孔。於是將結之筋鞘割開。而使結與骨相離。然後斟酌割去結之一塊。蝶旁血埂恐此時被傷。或腦筋衣破而顱脊腦液流出。然壓板一釋。腦即復原。再將所翻開之骨等安置原處。縫合刀口。壓之若輕。腦即不受害。施此割術時。不定一一如此。有用圓鋸及骨鉗割去太陽凹者。如此、則易見深處。惟後來頭顱有此缺。然有太陽肌蓋之。顧亦無碍。凡以上所論之術。必須留意。免加害於眼。因其育功易虧也。施術之先。當用銾氯強鹽一分和水二千分將睟洗淨。以線縫上下瞼。割後四五日去其線。再用硼酸水洗眼。及綿花遮眼至少兩星期之久。

第六腦經　因刺打之傷。致此腦經在蝶旁血埂或在過蝶長罅或在眶處被撕被壓。皆能使眼外直肌癱而有眼斜向內之狀。

面腦經　即第七腦經　致此腦經癱之故如下。（甲）顱內損害 Intracranial lesions　所致。如顱腦

外質被壓、或出血、或腦質變壞等。皆可令對側之面畧癱。若顱腦外質下之腦帚形繫徑或腦紋結有損。如出血或頸內動脈有塞團。致腦質變軟。則對側之面及偏身癱。但面之上半不受累。故瞼如常。若損在橋腦。則此側之面肌深司所或受累。致面肌癱而枯。且身之對側亦癱。曰交又癱 Crossed paralysis 若腦經根介乎司所與耳內管之間受累。則同側之面全癱。而耳亦聾。

(乙)顱損 Cranial lesions 常見者有二。(一)顱底折傷累及顳骨石段。或當時因腦經扯裂即癱。此類罕見。或過數星期後、因骨生接骨質。或所出之血成筋胭而牽連面腦經。(二)爲慢性中耳炎之加雜病。因面腦經在其顳骨之管被壓或發炎而起。以上二者。皆能使受累之一側全癱。且與面腦經交通之顳石段腦經亦受累。致腭簾之一側落下。而腭垂偏向未受累之一側。

(丙)顱外損害 Extracranial lesions 如受傷、傷風發炎、或腮腺生瘤所壓等。皆能使面之一側全癱。然腭簾與腭垂不受累。謂之伯勒氏癱。Bell's palsy

面癱病狀　九十三圖　面之一側不能動。夙有之紋及風采皆沒。眼不能全閉。苟試使閉。則眼球轉向上外。瞼既難閉。瞭或因此潰爛。甚或穿破。又因下瞼弛緩下垂。致淚管口不克接淚。故淚流不止。繼則淚囊失吸淚功。淚肌亦癱。而淚更流溢矣。若病者試笑或露牙。則未癱側之肌動。將面扯歪。見圖脣亦不能緊閉。故不能噓吹。又因頰肌癱而飲食常積於頰牙之間。每餐後必以指入口取之。

治法　宜依病原而施治。大半可歸內科療治。如用錸、鋏氣、電療、或揉捏法等。而其應歸外科療

第九十三圖





Fig. 93 RIGHT SIDED FACIAL PARALYSIS

面右側癱

面不動時之狀　　開眼時之狀

治者。如去壓腦經之物是也。　若癱狀仍纏綿不瘉。則施腦經接通術。如用兩段腦經之一段或舌肌腦經。與面腦經相接。可使面之動力回。復惟初復時。肩或舌每與面同時而動。久則此狀漸消。然終不能如前自由。究之。此法既可回復面之肌力如許。又或能使面歸正。固不可不用者也。

面痙 Facial tic　此係面肌之陣痙。因大腦外質或橋腦之病或鼻洏膜及牙齒之惹性損害反應所致。令人大不暢適。有時僅瞼圜肌受累。有時面之一側全受累。　治法。服補腦經藥、及解痙藥。且清除受惹之源。如無效。可施腦經扯伸術。Nerve stretching 或勢迫急。可割斷面腦經。

手術　由顳凸之前廉中起。橫畫一線對耳垂為止。面腦經在此線下可顯露。刀口由耳外管後起。循骩髃顳肌至乎

頷角。使腮腺離肌而扯開。即可見顳䯓頰肌後腹。面腦經由此肌上出而向前。施此割術。耳大腦經必割斷。更有耳後血管須縛之。頸內靜脈則近傷口之後。若病者頸項大。施此割術甚難。且扯伸之效。只能令腦經暫癱。結局亦不甚佳。或治二十人而瘉其一。

聽腦經　顱底受折傷。致一側或兩側之腦經受其累。則終身聾。且常兼面癱。

舌喉腦經　此腦經被損之結局難測。曾見一人。難吞嚥。難言語。且有舌瘍。醫者以彼為舌喉腦經被壓。後因嗓口瘀腫而死。

顱臟腑腦經　若損重。每致心弱或肺積血而速死。損輕。則心悸動。作嘔。且覺窒息。此等現象。有時由頭顱受傷後而顯。如折及顱後凹、顱底後孔見累而然也。在頸項施割術。如縛頸總動脈或取瘰性淋巴腺等。亦能使此腦經受傷。激惹此腦經。則嘔吐。心暫停功。若僅割或左或右之一條。其害不甚大。若左右二條俱割。則嗓癱而人遂無救。或因成肺瘀腫而死。　以上諸損有關於嗓者。詳論於後。此則只論嗓回腦經壓性癱而已。其壓癱之早期狀。如被動脈囊所壓。則開嗓肌（如環瓢後肌）無礙。見累。聲帶凸向中線。雖顯氣促。究無礙及聲音。其壓癱之後期狀。如該腦經全斷。則聲帶半開。呼吸然聲音嗄矣。

兩段腦經　其受惹也。或因顱底折致累及其出顱底後孔之處。或因在頸項因淋巴腺炎而惹之。間有因割頸之瘰性淋巴腺時。誤斷此腦經。致或顯垂肩狀。　骶髃顳肌及斜方肌有陣性痙攣

狀、或痙性頸歪。Spasmodic torticollis 多因腦司所有病。若將腦經割斷或扯伸。可以治痙攣之狀。其手術如下。

手術　由頷角至顳凸畫一線。此腦經向下後橫過此線之中心成正角形。而在此交點下三寸處穿入骶髃顳肌之深面。若由耳根至骺角。循骶髃顳肌前廉割一口。斷其深筋膜。將肌扯向後。則見顳骺頰肌之後腹。該腦經則由此腹下穿出而居於卵骨橫峯前。復向下。此峯易以指摸覺。但此治法難稱絕技。雖頭及頸之痙攣可止。惟後或發於他處。

舌肌腦經　或因割時誤傷。或被頸外動脈囊所壓。或被瘤累。則舌之一側癱。或舌弱。試伸出之。必偏向癱側。

脊腦經症　THE SPINAL NERVES

頸腦經羅　打、刺、頸脊節脫及施割術所致等損傷。皆能累頸腦經羅。若不累及膈腦經。則無大害。但割斷膈腦經。則或立即致命。有時僅一膈腦經割斷。其人猶能生存。此腦經受惹。則顯陣咳或呃逆等狀。

臂腦經羅　此羅有時在頸後三角處被刺或割傷。所顯失感覺或失運動等狀。則因所傷之腦經屬何而異。且羅之上腦經受傷者較下腦經多。其治法為剖開該處。尋得所斷腦經之兩端而縫之。　此羅之受撕或痏傷。往往有之。或傷一條或二條或皆受傷不定。大半因手臂偶然受力扯之

故。間有因人墜時倉卒握物。致受重扯。又有因跌倒時。其頭被物壓向一側。其肩偏向對側。致撕傷腦經根。或腦經在髃骨及首肋骨之間受壓。或割症時用垂頭形式而兩臂反垂過久。則臂腦經羅之第五第六根被扯。髃骨受重傷而折。或被頸部肋骨之壓。亦能致臂腦經羅受損。肩關節脫致肱骨頭入腋中。或設法使之復原時。亦可傷及臂腦經羅之內條。其傷有全斷者。有未全斷者。然均流血入腦經鞘及其周圍。若鞘未撕破。可完全復原。若已撕破。則每生筋網。非用手術。不易復原。

病狀　有時手臂全癱。麻木鬆軟。垂於身旁。臂內側從腋至肘。畧有感覺。外側亦畧有。但較少。胸肌及髆肌癱。惟鋸大肌及脊髆大小二肌未癱。又所顯之狀。每每與嬰兒產癱相同。因第五第六頸腦經根受重扯而撕破所致。此因生產時嬰兒之頭偏向一側。無論臂先下或頭先下。均可遇此患。最常見者係左臂受累。所顯之狀如下。三角肌、双頭肌、髆崗上下二肌、肱骨前肌、反轉肌等。皆失功用。第五腦經所司之皮失感覺。肱向內圜。肘及腕皆直伸而向內覆。嬰兒有此狀時。初或失於覺察。俟數星期方顯。若只傷臂羅腦經之內條。則其癱狀大都限於手肌。如臂中腦經及隔骨腦經所司之肌癱。兼臂肘內側失感覺是也。有時項後被重打。致鋸大肌及脊髆大小二肌癱。而髆骨凸出如翅。

治法　依傷之位置及輕重而異。凡壓腦經之物。必須移開。如髃骨折斷之碎塊及接骨質過大等　大約腦經已否全

斷。甚難確知。必待壞變電應顯出始知。故起首可用減狀療法。手臂腫痛時。必須安逸。後施揉捏法及電治法。如此。腦經之功用可漸漸復原。但壞變電應既顯。即須用手術將腦經接縫。其法如下。在平髃骨及肐髃顳肌後廉割一弓形刀口。即顯明肋項前肌。又可見腦經根在肋項前肌及肋項中肌之間而出。先割除瘢腡。更削腦經之斷端迨見新。然後縫之。此手術之結局大約甚佳。　臂腦經羅炎及痛症。以常法施治可也。若痛不退。或手臂與肩有陣性痙狀。則可施扯伸腦經羅手術。

彎腦經　又名腋腦經　此腦經繞肱骨頸之外側。甚爲顯露。故易受損傷。肩上受打。亦或致癱。肱骨頸折、或肩節脫時。此腦經或被撕或被壓。又有骨折瘉後。其接骨質累腦經。致三角肌及小圓肌癱而臂不能上舉。且該三角肌漸枯而髆肩格外高聳。腋後摺之皮暫失感覺。此病從前未有施外科療法者。然苟症候相當。固無不可用之理也。

纏肱骨腦經　此腦經因肱骨折或節脫而受累者不少。其居骨槽處與骨貼近。尤易在該處受傷。或因被腋杖所壓。或因斜臥几上、以臂擱在几稜。致腦經受壓而失功。如酒醉者不擇地而臥是亦有施割術時、兩臂擱在棹邊。致腦經受壓。或垂頭躺臥式之兩臂伸直仰後。致肱骨上端壓臂腦經羅。然此等癱。非獨纏肱骨腦經受累。

纏肱骨腦經全斷所致之病狀如下。（甲）痲木。若腦經在肱上段割斷。即在其外側皮枝根之上則屬手臂外側之坡妥琵踢感覺及厄皮克踢感覺 Protopathic and epicritic sensibility 皆失。但失厄皮克踢感覺之區畧

第九十四圖



Fig. 94 WRIST-DROP FROM PARALYSIS OF THE MUSCULO-SPIRAL NERVE

纒肱骨腦經癱之手垂症

大。若在肘上段割斷橈骨腦經。則肘感覺仍存。因該處被外側皮腦經所司也。但在肘下段割斷橈骨腦經。則僅畧失拇背之厄皮克踢感覺。(乙)肌癱 (一)三頭肌癱。故肘只能任其重量而垂伸。(二)肱橈肌(肱散肌)及反轉短肌癱。則手覆。(三)伸掌諸肌癱。則手垂。(圖九十四) (四)伸指諸肌癱。則指垂下或握掌。因屈指肌無伸指肌抵之也。若將腕及掌扶穩。則掌骨間肌與手蚓肌能使指伸直。

治法　揉捏諸肌。用電激之。又用掌夾板以免手成畸形。若久不見效、及有變壞電應顯出。即知腦經已全斷。必用手術接縫。須在受傷之處剖露腦經。將瘢痕割去。縫合割斷之腦經。若不能縫合。可用接補腦經術以補之。

手術　纒肱骨腦經經過肌間隔而至肱骨外。居於肘節前肌及肱橈肌之間。在此易剖見。若將肘略屈而覆。在肱橈肌內廉從肘節前中向上、割寸半之刀口。拉開該口。則見肱上深動脈及該腦經同居此處。若從此起。割斷肌間隔。則得見腦經繞肱骨向上。若欲在其入槽處剖見腦經之上段。則必將手臂屈貼胸前。再查明三角肌之後廉。在距此後一指寬之處。劃一斜刀口。則見三頭肌之長外兩頭。在此兩頭之間。即可剖露該腦經及肱上深動脈。　若腦經因肱骨折後被接骨質受累。可在肱骨後中割一口。將三頭肌分開。則該腦經即露。此法甚妙。

第九十五、六圖



Fig. 95, 96 DIVISION OF MEDIAN NERVE ABOVE THE WRIST

The shaded part indicates the area over which epicritic sensation is lost.

臂中腦經在腕關節上割斷
黑點係指失厄皮克踢感覺之處

臂中腦經　此腦經因肱骨或脫節或折而受傷。然以在腕處被玻片等物損傷者最多。如拳打玻窗及玻瓶所致之破傷等是。其病狀如下。

斷在腕上者（甲）麻木。掌及食中二指與無名指之一半之皮。皆失厄皮克踢感覺。掌背數處亦然。九十五六兩圖失坡妥琶踢感覺處較失厄皮克踢感覺處小。因肘外皮腦經及臑骨腦經分佈之區之大小。人各不同也。（乙）肌癱。（一）拇短肌外羣皆癱。如展拇肌、屈拇掌肌、屈拇短肌之外半等。故拇掌阜（魚際）消瘦。且拇與其他四指不能合攏。（二）手外側二蚓肌癱故食指中指之掌指關節失其屈功。此種手及指之喪失動力。不僅因肌癱而然。蓋其腱鞘多於傷時刺開。被稜炎所累。後則鞘及腱相粘。故雖將已斷之腦經縫合完美。仍多手不活潑之弊。

斷在肘節或肱者。另有數狀如下。（一）二覆手肌癱。則手不能覆。（二）屈掌外肌癱。則手難外展。（三）屈拇長肌、屈指淺肌及屈指深肌之外半癱。則握手之功有缺。或兼腕節伸過度。（四）掌長肌癱。

臑骨腦經　舊名髓系　此腦經遇傷。多在腕節上或肘節後之肱骨內輪及臑骨頭間。凡刀、折、打等傷以及接骨質皆能累腦經致癱。病狀顯而易見者如下。

第九十七圖　第九十八圖



ANESTHESIA RESULTING FROM DIVISION OF ULNAR NERVE

in Fig. 97 the nerve was divided above the origin of the dorsal branch; in Fig. 98 below that branch close to the wrist. The continuous dark line indicates the limits of the loss of epicritic sensation; the shaded area shows the loss of protopathic sensation.

臑骨腦經割斷後失去感覺之處　九十七圖腦經在手背枝分處之下割斷　九十八圖在該技分處下與腕接近　黑線係指厄皮克踢覺之割斷界限　黑點係指失坡妥琶踢覺之處

斷在肘節者（甲）小指及掌之臑側前後失坡妥琶踢感覺。腕及掌前之臑側。手背及小指前後失厄皮克踢感覺。而無名指前後一半亦然。九十七、九十八圖（乙）（一）屈掌內肌癱。致不易屈。且難向臑骨側闔手。（二）屈指深肌之內半癱。致難執物。小指及無名指尤然。（三）手蚓內二肌與掌骨間諸肌皆癱。故指不克展闔。指骨之下兩節屈。指掌關節伸力過大。故手形如鳥爪。而掌骨間肌消瘦。骨間更露明。九十九圖（四）小指諸短肌、闔拇短肌之內羣（如屈拇短肌之深段及闔拇橫斜二肌）及掌短肌皆癱。

斷在腕節上者。則痲木之區僅限於掌面與小指及無名指下兩節之背皮。而癱處則限於掌肌之短者。倘被穉炎累及長肌鞘及腱。則或兼顯他種手失動力之狀。

治法　若腦經已斷。可依前述之法接縫之。

肋間腦經　舊名骿間系　此處腦經。多發重痛。或因慢性腦經炎。（約由毒素所致）或因瘤壓及肋骨炎。或因腦經

第九十九圖



Fig. 99 CLAW-HAND (MAIN EN-GRIFFE) FROM ULNAR PARALYSIS

爪形手因膊骨腦經攤所致

根被壓(如瘰性脊骨爛)等所致。腦經瘰(俗名纏腰龍) Herpes zoster 有時伴此種痛而發。迨後該處之皮或畧麻木。

第十二背腦經 又名第十二胸腦經、每每有甚重之腦經痛症。其痛循該腦經所司之處。而延及腹壁及臀處。醫士或誤認爲腹內病(如闌尾炎或慢性卵腺炎)而剖腹療治。此症之源、乃因第十二肋骨尖過長。易受傷而發炎。致腦經與傷處相粘貼而作痛也。若將該肋骨尖割去。其病即愈。有時施剖腎手術後。腦經與瘢痕相貼而作痛。若欲治之。須將腦經剖露。而扯脫其近心段。

骶大腦經痛症 Sciatica 此腦經之痛最難忍。且不易治。其病原如下。(一)腦經絲衣炎。或因冒寒、或受傷、或癲痺癱等及他毒所致。(二)腦經在盆外被壓。如動脈囊瘤、及骶頭久脫於髂背所致(三)腦經在盆內受如前之壓。或腦經過骶骶大峽處被疙瘤、或盆骨瘤、或子宮疽、或肛疽等瘤、或子宮有胎或有肌筋瘤所壓。(四)腦經根出脊管處被脊骨瘰症或疙瘤所壓。(五)脊腦有慢性症。如脊腦後柱硬症 Locomotor ataxia 是。

病狀　病狀甚殊特。痛由腿後直射至脚趾。時發而時止。以物壓腦經之任何段。或大腿動。痛即陣陣發作。故行步時僵直蹣跚。　若症由末梢性腦經炎所致。按腦經徑即痛。有時腦經可捫着如粗索然。　病肢畧屈。然不能全屈至腹。若病者貼墻而立、能屈腿作正角形而膝仍直者。則係無骶大腦經痛之證。　又須詳查病人之盆。始能斷定是否獨有腦經痛、抑或有他症所起之痛。而其痛久者尤宜如是。

治法　必須審定病原而施療法。若係因腦經炎而起者。可施敵瀅解痺療法。若痛極、可在大腿後敷起炮藥或止痛藥。皮下射莫非或阿刀便亦有益。　若此等法無效。則施腦經扯伸術。蓋使病者將大腿屈起貼腹。然後令小腿直伸。如此、可不用割術而將骶大腦經扯伸。對於腦經痛者。施此法須先用迷蒙藥。若此法無效。則施割術。其法如下。

此腦經最易剖露而扯伸之處。爲髀大凸骶坐中從臀大肌下廉而出之處。使病者伏臥。畧屈其肢。而在大腿中由臀摺起、向下割四五寸長之直口。剖露臀大肌下廉。則見肌絲向下外。及大腿後肌(即雙頭肌半腱肌)由臀大肌下而出。將此二肌扯向內。則該腦經即由鬆連網中露出。可用指鈎腦經而上下扯之。

膕外腦經。　此腦經貼近雙頭肌腱之內側。若從皮下割該腱時或致誤斷之。又此腦經繞腓骨之頸。故有時受夾板綳帶等物之壓、腓骨頸折、此腦經或亦受累。若腦經全斷。則足背及小腿前外某部痲木、而伸足及腓骨諸肌皆癱。致屈肌無抵力。故成癱性馬蹄內翻畸足。　Paralytic equino-varus

若欲露出此腦經可循雙頭肌腱內側割至腓骨頸止約寸半長再屈膝節則在膕處鬆連䐜中可查見該腦經。

膕內腦經　此腦經受傷者罕。因其居於有保護之地也。若斷。則足底之厄皮克踼及坡妥琶踼感覺皆失而趾底與外四趾背之厄皮克踼感覺亦失。且腓之淺深二肌。屈足屈趾諸肌、及蹠短肌等皆癱。遂成癱性仰趾外翻畸足。Paralytic calcaneo-valgus 若在膕處中割一直口。此腦經即露出。但當留意。勿傷腓外靜脈。當深筋膜已割斷後。則最淺者即此腦經也。

骭前後二腦經又名脛骨前後二腦經　若前者斷。伸足肌必癱。而致癱性馬蹄畸足。Paralytic talipes equinus 若後者斷。則屈足長短等肌及蹠骨間肌皆癱。而成仰趾外翻畸足。Talipes calcaneo-valgus 若欲剖露此二腦經。可依縛前後兩動脈之法爲之。見第一卷第二五二及三頁

交感腦經幹舊名和系索 Sympathetic nerve trunk　此腦經在頸項者。有時被動脈囊或瘤所壓。若僅受激惹。則同側之瞳展大。而頭臉之一側出汗。若該腦經斷。則瞳縮小。因第三顱腦經無所抵制也。有將頸之二側交感腦經割取以治凸眼癭症及青光眼睐症者。似乎有效。

腦經根 THE NERVE ROOTS

胚舒長時。脊腦與脊柱又名脊梁同長。但脊腦舒長較慢。迨嬰兒產生時及後來其脊管長於脊腦。而脊

第一百一圖

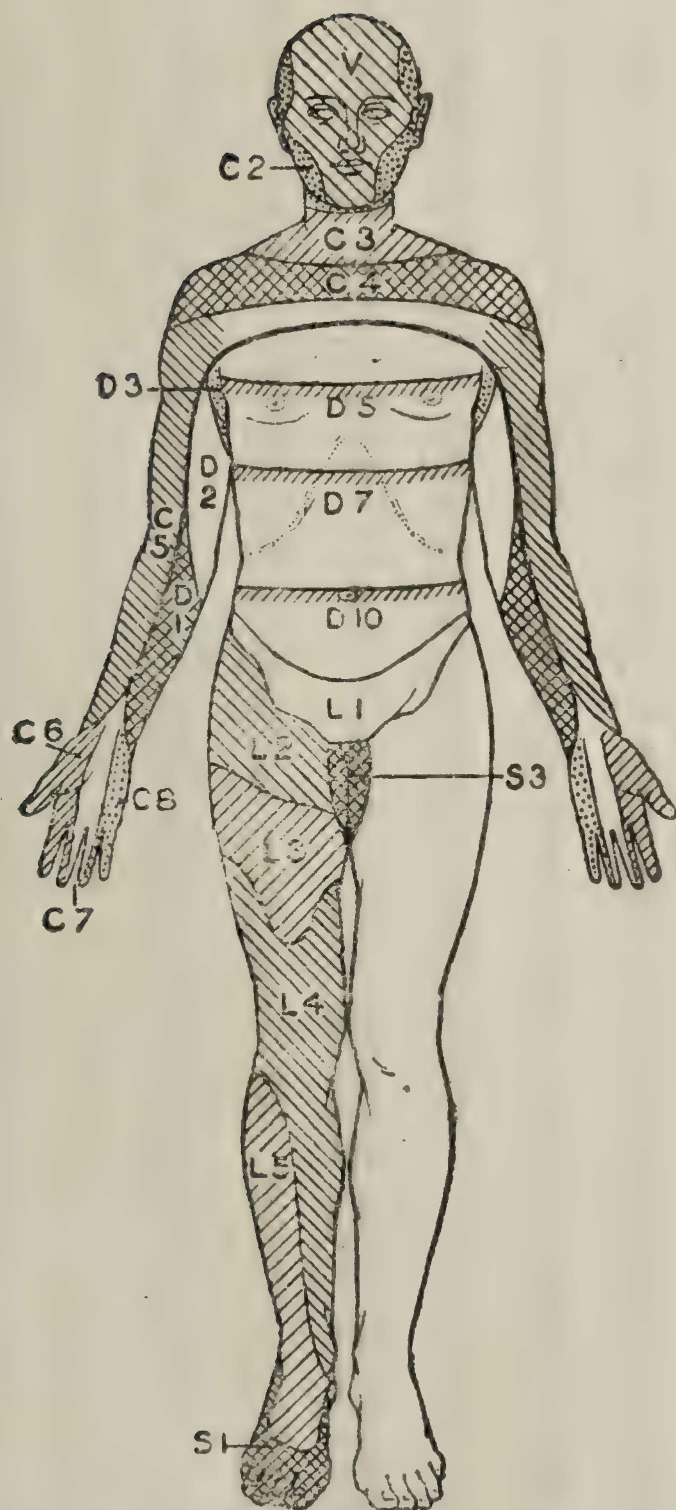


Fig. 101 SEGMENTAL SENSORY AREAS OF THE CORD

脊腦各司覺段所司之皮處

第一百圖

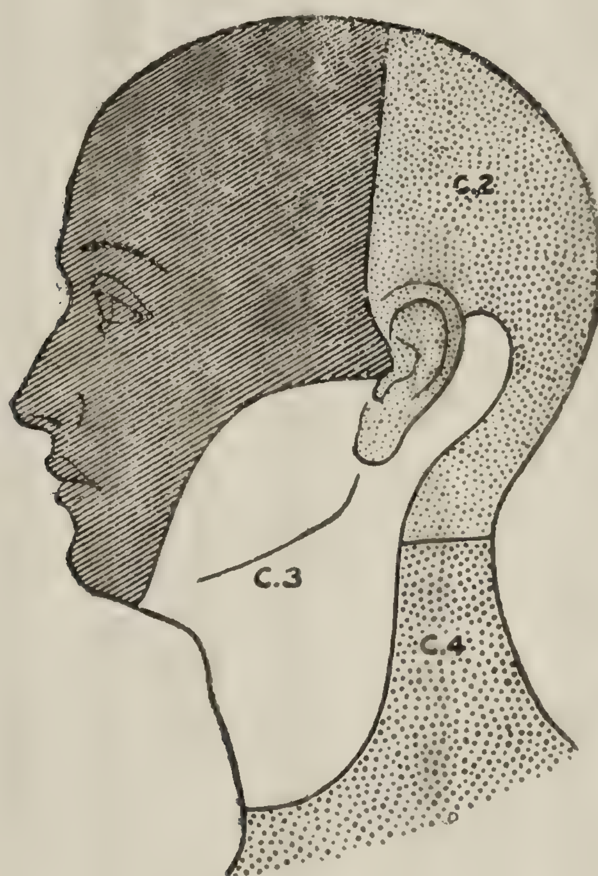


Fig. 100 LATERAL VIEW OF THE SKIN AREAS SUPPLIED BY THE 2ND, 3RD AND 4TH CERVICAL SEGMENTS

脊腦第二三四段所司之皮處

C 項 D 胸 L 腰 S 骶

腦只至第一腰脊骨之下廉。故腦經根發起之處、較高於穿脊旁孔之處。腦經根。係脊腦前後二角之絲相合而成。在脊管內下降。後由脊旁孔穿出。頸部之各脊腦段 Spinal segment 約較其本脊骨

第一百二圖

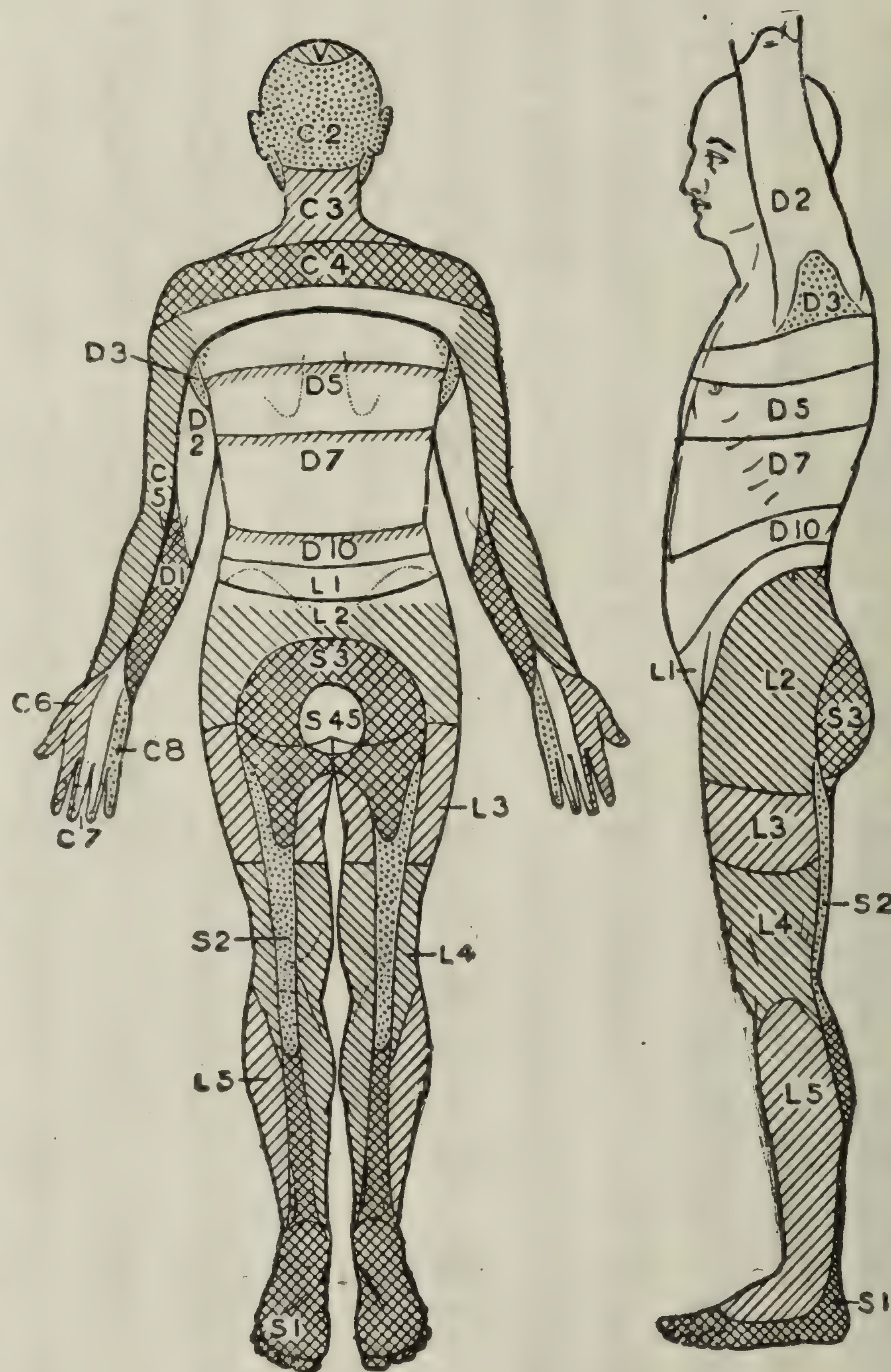


Fig. 102 SEGMENTAL SENSORY AREAS OF THE CORD

脊腦各司覺段所司之皮處

體高一骨。至胸上部則幾高至二骨。至於腰、骶、髖骨腦經根之脊腦段。則均居於第十胸脊及第一腰脊之間。腦經根在脊管如此而下。即穿出脊旁孔而分枝。復相合而復分枝。至成末梢腦經。周圍腦經

腦經根之被壓或受傷。多在穿脊旁孔之處。須注意者。大約每腦經所有之絲乃由數腦經根所發。故皮面之感覺不限於一腦經根之分枝。學者應詳細研究下列之二圖。則知各腦經根之分配。見臨症方法三百頁前後 感覺腦經枝彼此交錯。某腦經根受損、而其所司之感覺不全失者。蓋因有他腦經亦司該處之感覺也。若將猴身之脊腦經後根割斷挨近之二條。皮之感覺不失。但割斷挨近之三條。則感覺全失。人身亦然。司肌之功亦相似。係二三條腦經根所轄制。使肌、腱、筋帶等强壯之腦經絲。非由一處入脊腦。係由數處而入者也。若腦經根被壓。因脊梁或脊腦有瘤或瘰症或癰症或脊旁孔受傷而生接骨質等所致。則有腦經極痛之狀顯出。且兼數處失感覺。所失之感覺只限於某腦經根之枝、而不累及該處諸感覺腦經。該處或由此而起瘰。後或繼以痲木。

腦經後根割斷術 Division of posterior roots 近來已用此手術以治數種病患。(一)治最烈之腦經痛。如難除之壓或升性腦經炎所致。而內科療法無效者。(二)減輕脊腦後柱硬症之閃痛及頑固之內臟克瑞司。Visceral crises 此患諒因內臟之交感腦經從腦經後根入脊腦。故內臟被激惹。則顯此克瑞司(急狀)也。如胃極痛嘔吐等 (三)治下肢痙攣性之畸形。爲甚有功效者。用此手術之理。蓋凡阻碍司動鏃形徑之上段。不但碍司動激感之傳出。亦碍大腦外質所發之阻止興奮 Inhibitory impulses 傳至脊腦也。故由皮來之感覺至脊腦司所時。因無大腦阻止興奮轄制。則肌司所之反應遂過度。如小兒有大腦性雙側癱。欲行走時。脚一落地。各肌即痙攣。致不能行走。凡傳入感覺至少從

三腦經根而入脊腦。若割斷鄰近之一二腦經根。既可使痙攣之狀減輕。而皮之感覺亦不全失。迨後用合宜之術如揉捏法、强動法、或腱割斷術或肌割斷術使縮短之肌放鬆。且習體操使之運動。則小兒或漸漸能行走矣

手術 下肢之痙攣可分兩級施治。(一)先將腰脊扁割去剖開骶管之上段。對第五腰脊峯處穿線於肌腡爲記號。以便辨認此處爲何腦經所穿。第一骶腦經根。即在此平線處離開脊腦筋膜管割扁時。須多割之。上下脊筍亦在內以便看明深處。(二)待數日復開傷口。而割開脊腦筋膜。割時。若能免流血。則更易認明腦經根。治大腦性雙側癱及痙攣性癱二症。平常將第二第三第五腰腦經後根及第二骶腦經根割斷。甚合宜。

第十七章　外科皮膚症

SURGICAL DISEASES OF THE SKIN AND OF THE CUTANEOUS APPENDAGES

癤 Boil (Furuncle)　此爲一小塊皮膚發炎而生膿。多緣毛囊或䐈腺(皮脂腺)染球點稑所致。試將球點稑搽於皮面。該處即生癤。因稑入毛囊生殖。此蓋長癤之最常原因也。繼發之癤繞原癤而起者。無非因膿及稑在敷料上搽染好皮之毛囊所致。　粗皮及有䐈條(粉刺) Comedo 者。最易生癤。但人有全身虧欠症。如慢性腎炎或糖尿症。亦易患之。受染後。皮有疖性炎。令毛囊死。或累汗腺䐈腺與毗連之連胭而成膿脫去。癤已熟者。其中心有腐塊。次有膿。膿外有肉芽。肉芽則連於好皮及連胭。

病狀　初爲小紅粒。癢而痛。或有毛現出。粒漸大而痛漸增。直至形尖圓。色深紅。按之極痛。其中心顯一小白點而繞以黃膿。迨後穿頭流膿。膿根隨即脫出。遂速生肉芽而瘉。有時癤炎延及皮下連胭。則成癰性癤 Carbuncular boil 矣。淋巴管炎或繼之而起。附近淋巴腺或亦變大而痛。但罕生膿。亦有癤不成膿而消者。然該處略厚而有多脒侵入。謂之盲癤。 Blind boil

治法　癤多自行穿頭而瘉。若用百分之二之氯酒每日刷二次。克拉拍氏 Klapp 吸器每日吸二三次。約可制止之。既成膿者。用刀割放之。且以克拉拍氏吸器將癤心吸出。繞癤之皮必須潔淨。以棉花蘸卡波利酸水承接其膿。及以濃卡波利酸輕搽癤穴。再以火棉酒 Collodion 敷料蓋之。又

當服補藥。如鐵、貴林等。及調理全身。然强壯者則宜節食及屛棄酒等激物。若生癤過多。則移居海濱或山地爲妙。倘患重難瘉。可射入球點稭伐克辛。則癤或速瘉或消散。詳第一章第二十二頁。

癰 Carbuncle　癰之成疖較癤重。因膿稭侵入皮下胭更深。多爲生膿金球點稭所致。患胎尿或糖尿等症。致身體虛弱。而體胭欠殺稭之力者。則易生癰。且有時爲急性熱症之後患。又有因身體某處受打或被壓。而血滲於胭中。或該處生活力低減。稭遂乘勢由汗腺或毛囊而入。或因皮署有傷而侵。或由自染。皆能成癰。

病狀　初起、該處皮下胭硬而痛。皮色變爲紫紅。漸腫。至累及數寸之寬。其延大時。中柔軟。所蓋之皮似乎欲破。其面起數皰。生膿穿出。並有灰色疖塊緩緩流出。其漏孔漸漸加多。致皮成篩形。此因膿易由膶腺與毛囊而出之故。孔漸大。或有數孔相合而成一大敧形之口。其底有死胭。炎稍退。死塊漸脫。而癰底現出肉芽。　癰多生於背、項、或肩、臀等處。蓋此數處之生活力不甚活潑也。若生於血管較多之處。如面或唇者。則患更烈。因稭可入大靜脈、使血結成染性血塊。甚或速侵蝶旁血竇。在頰之鬆連胭。癰則最易延蔓。或至成廣闊之損害。生癰常僅單獨。或兼淋巴管發炎。或淋巴腺大而痛。癰生時。人多欠爽。惟温度不甚高。有時暫顯糖尿狀。迨病畧瘉。此狀即消。但間或有血中毒之危狀、如稭染血或稭串瘴等踵至。

治法　初起可用畀耳氏 Bier 盈血法。或者可免生膿。但若稭毒甚烈。或域點大。則無大效。旣成

膿者。最妙施迷蒙藥將癰大爲剖開。以利匙及剪將腐塊除盡。再以濃卡波利酸或氯上藥潔治癰穴。更用紗布漬黃氯勻劑 Iodoform emulsion (十分之一者) 塞於其內。可期長肉芽而瘉。亦有僅劃一十字刀口。以濕熱防穢藥布敷之。任腐塊自脫者。飲食須美善。又宜服鐵葯及貴林等補劑。至於用酒。必須酌勢而施。患糖尿症者。可用可第印 Codein 或鴉片。且宜限制飲食。

釘胼 俗名雞眼 Corn (Clavus) 此因皮膚表皮(皺)層之一塊過長。並中央有角性硬塊向內長而壓下皮(腠)蓆。使其枯而成盂形。然周圍之蓆則過長。 釘胼與他類胼胝之別。在觀其中有硬塊否。無硬塊者非釘胼也。凡皮受壓之處。其膚則過長或成釘胼。或生胼胝。然釘胼除足外。他處罕見。其故多因鞋不合足而受壓所成。 釘胼有堅硬及柔軟兩種。

(一)**硬釘胼** Hard corn 多生於小趾上或大趾之蹠骨頭上。或他趾之第一節頭上。而有鈎趾 Hammer-toe 之弊者尤然。形如圓錐。中有硬塊。乾而色深。每痛。天陰則更甚。有時釘胼下生膿。則痛轉劇。倘非早爲注意。恐膿深侵至累骨與關節。 治法。用熱水侵釘胼使軟後。以刀削之。或用柳酸貼膏 十分之一或二十分之一者 Emp. Ac. Salicylic. 10% – 20% 或柳酸及火棉酒 Collodion Salicyl. 搽患處。迨變軟而削去之。隨後以氈圈圍墊該處。且矯正不合式之履。間或該趾形畸。或骨與關節有病。則以截斷爲妙。

(二)**軟釘胼** Soft corn 多生於趾間。因常吸汗。故其面白而濕。且常甚痛。 治法。先用柳酸去其厚皮。早晚潔治之。每晚搽以樟腦酒。晝間以棉花隔於趾間。若無效。可將釘胼割去。而後將傷縫之。

穿足瘍又名足蹠瘍 Perforating ulcer of foot 多起於足底。逐漸潰深致或早或遲累及骨與關節。其原由大抵有二。即足底失感覺且兼受傷。例如鞋底有釘常刺足底因失感覺而不自知是也。故有數種症易患此瘍。(一)腦症。如脊腦後柱硬、Tabes dorsalis 脊腦成穴、Syringomyelia 脊後缺 Spina bifida 等症。(二)糖尿症、癱、痲瘋、嗜酒等。因此數類皆致腦經炎。(三)脊腦經受傷。不拘傷在腦經幹抑腦經枝。(四)間有因蹠皮有患。如生膿之瘊或釘胼或慢性鱗膚疸。Epithelioma 足穿瘍最易發生之處。爲第一蹠骨頭下之皮。凡受壓過度之區。皆能生之。且一足有數瘍等亦非罕見。先有釘胼或胼胝。其下有滑囊。囊炎而成膿。其膿被厚皺所阻。不克外穿。遂致內侵。甚或累及骨與關節。穿瘍之形似瘺管。深達足內。甚或穿過足背。其孔周之皺厚而高。(第一百零三圖) 有時不甚疼痛及無多液流出。若骨及關節受累。則膿或甚多。倘不早爲施治。則足之骨與關節將毀壞極甚。或合倂成一堅硬而且極痛之塊。惟有截斷而已。 當未至此境時。若將厚皮割去。而潔淨其瘺管。或以匙刮之。或全行割除。再將紗布塞其口。可望生肉芽而癒。如無效。或

第一百三圖



Fig. 103 PERFORATING ULCER OF GREAT-TOE PENETRATING TO BONES AND CAUSING NECROSIS

The scar of an old healed ulcer of similar type is seen on the outer side of the foot.

蹞趾穿瘍累及骨死　足外側有已癒之瘍之瘢痕

骨及關節受累則仍宜截去其足。

瘊 Wart (Verruca) 係眞皮莿過長所成。其形不一。常見者如菉豆大之小角。多生於青年人之手。其面滑澁不定。其色視沾汚之多少而有異。面滑者有時繁生極多。且與扁瘤 Lichen planus 似乎難辨。若長於濕處則柔軟而大。且易流血。如花柳瘊 Venereal warts 治法先以柳酸去其角性之殼。後用氷醋酸 Ac. Acetic. Glacial. 或他潰藥。二三日一次。搽於瘊面柳礬類之傳子療法。亦爲有益。Ionic treatment with salicylates

凍瘡又名凍瘃 Chilblain (Pernio) 此係炎性盈血。多累手指、足趾及耳等。緣受寒風冷凍而起。常見於幼年之血運欠缺者。蓋其指趾最易欠血變白。少頃。血復來。該處紅腫光滑。且覺熱而癢。有滲液積於皮內及皮下。甚者起血色之皰。皰破。則纒綿之潰爛踵至矣。如欲免成凍瘡。須增助血運及使手足常煖。當此患初作時。用畀耳氏盈血法甚效。每日六小時綳以庫秋帶或日日如是。又以氯酒或魚石澁溶液 Solutio Ichthyol. 搽患處。瘡已破者。用防穢料敷之。有激刺性之藥膏頗適於用。抹皮路脂柄膏 Peruvian Balsam 或松香膏亦頗見效。

瘰性皮症 Tuberculous affections of skin 參觀皮膚證治 **潰爛性路卜司**又名**眞正路卜司** Lupus vulgaris 係瘰原之慢性皮炎。患之者多爲小兒及青年。三十歲以外者罕有。其起處每在面部。大抵在鼻或頰。四肢及軀幹間或有之。惟在顱皮則罕。有時鼻及口之洄膜受累。然每由皮所延及。此症在中

華少見。

病狀 此症初起、皮之深層成一或數疣。四週盈血而腫。捫之非極硬。其色褐。倘以玻片緊壓。則色變赭。其患每循血管之路而漸延。並皮受侵而成肉芽胭或瘢胭。而有一二層膚脒蓋之。且因瘰疣變壞。或因生活力欠缺而血管被病胭之縮所壓。故易潰爛成瘍。其在四肢者。則易成瘊形。

路卜司瘍 此瘍之蔓延。大約乃一邊瘉而一邊延佈成彎月形。瘍面蓋有肉芽。其邊受侵而凸起。繞瘍之胭每紅而盈血。且有疣散佈其中。瘍面常出漿液性膿。乾則結爲厚痂。自瘉者則成極薄而多血管之瘢。稍一受惹。則復潰爛。其患漸延。約不休止。每祇限於皮胭。然起於鼻者。或侵蝕鼻朒。若累鼻隔或腭。則易潰穿。此症不痛。且初起亦不礙及健康。附近淋巴腺或發炎。間或成瘰患。 瘍雖不瘵。遲早必自瘉。但所成瘢痕甚不雅觀。間或用法治之。猶不能瘉。卒則或成鱗膚疽。而其害日深。

病體 以顯微鏡觀之。有多疣繞諸小血管。疣多爲圓脒組成。其內間或覓得巨脒及似內膚脒。其佈列一如在瘰粒然。患區之周。盈血而腫。患勢進行。則原胭消跡、而有肉芽或筋瘢性胭佔其位。所有之瘰桿穉甚少而難覓。

診斷 癰及皮之他潰爛患。在瘍邊以外之胭無疣。而路卜司瘍則有。且路卜司瘍有赭色肉芽、及瘢痕薄而有多血管。其進行緩。並一邊瘉而一邊潰。皆爲其特殊之現象。又患者之年齡。全身之情景、及治療之難絕根等。又可視爲診斷之佐證。

治法　近來因X光線及芬森氏紫色光等之發明。而路卜司之治法乃大改進。若以刀將患處全行割去。其癒固速而穩妥。但少有利用之者。

芬森氏光療法 Finsen light cure 每次可用至五十七分鐘。須有侍者自以黑鏡遮眼。而使晶盒隨時移動。使患處每次約半方寸得光而後已。其處隨暑發炎而白胅沓來。患乃消散而成柔軟。不甚顯其瘢痕矣。當路卜司未潰爛之先、及患處不甚大者。此法尤最有效。　X光線之有用。其理不必細述。惟宜防毀好肭。每星期施行三至六次。每次不得逾十分鐘。用於潰爛者爲有效。但不持久。故癒後尙宜用芬森氏光療法。設無芬森氏光。可用刮匙刮之。隨用小木簽蘸銀氰强礬 Argent. Nitras 與酸性錸氯强礬 Hydr. Nitr. Acid. 塗之。或用鉦氯鹽糊 Zinc. Chlorid. 搽之。或烙器烙之。　若用瘰䃜素 Tuberculin 治之。或助患處易癒。且病不復發。但獨用之。則仍不足。潰甚者及肉芽肭過多者。須先用刮匙刮淨。然後施光療法。夫用刮匙之意。非爲斷根。乃爲潔淨傷面。俾光線密切深入也。既用以上之法。更須調理全身、及服補藥。又使常在室外多得空氣。

瘢性路卜司又名紅斑路卜司 Lupus erythematosus　此症之來由尙未查明。然其狀則頗特殊。多相對生於鼻根上及頰、而成蝴蝶形狀。有外展之翼。額、耳及顱皮。亦常受累。惟軀幹較罕。有則亦祗一側。　患處光滑而色紅。有鱗如麥麩貼於上。鱗爲乾膩所成。且連於膩孔內之膩塊。此患由起處漸延大。而起處則變爲色灰白而薄之瘢肭。以使進行之紅邊更顯明。　患者多係中年。且女多

於男。其蔓延甚緩。除累耳及顱皮外。罕有潰爛者。惟累及顱皮。每致髮脫。有時鱗膚疽繼此患而起。

治法　調理全身。患處敷淡澁類及鋉抹膏。X光線及芬森氏光。皆有速效。但用時須慎。恐用之過度而皮發炎也。

瘰瘍 Tuberculous ulcers　與路卜司瘍有別。瘰瘍多由骨、關節、淋巴腺等患瘰。而穿破成瘍。其情及治法。已論於前。

甲爪症 AFFECTIONS OF THE NAILS

(一)甲母炎 Paronychia　此則多見於醫士與看護及換葯者之手。往往爲膿稭積於甲根之半月摺而起。大抵因甲旁之皶先有裂隙。稭遂得機而入。且身弱者較易患之。甲邊盈血而腫。按之則痛。痛漸增。夜間尤甚。或不能寐。有液由半月摺而出。若任其自然。恐膿不易出淨。倘非妥爲療治。必累及甲母。膿則蔓延於甲下。致甲與甲母相離。若半月摺生肉芽過多。則阻液之流出。

治法　初起時。可用濕熱袱敷之、及用克拉拍氏吸器。剪去甲邊。若有膿。可於甲邊割口放之。若膿延於甲下。須於半月摺處、割一或數輻形之口。顯露甲根。且剪去甲之鬆離部。有時將全甲剪去。若能存留少許亦善。因有益於新甲之復長也。若肉芽過多。可用銀氰强礬塗之。

(二)膿性甲母炎 Oynchia purulenta　此係甲母之膿性損害。致全甲毀壞而脫離。或起於一側。如

甲母炎。或緣受外物刺入之染而起。有瘰性或癨性之小兒。亦常見之。其全甲母變爲肉芽胭、而指頭腫大。 治法 須去其甲。若起於癨。須服錄類葯、及搽錄類膏於患處。

第一百四圖

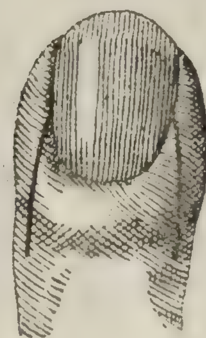


Fig. 104 INCISIONS FOR TREATMENT OF PARONYCHIA

治甲母炎之刀口

甲邊侵肉 Ingrowing toe nail

第一百五圖



Fig. 105 OPERATION FOR INGROWING TOE-NAIL

治甲邊侵肉之手術

蹈趾多患之。乃因著鞋過緊。或趾甲不修所致。故甲邊之皮摺壓於甲上。當行走即痛。若剪去甲之銳角而誤留一隱角則更。易致惹。隨即潰爛。流出之液極臭。且非常疼痛。使人難以行走。甲母亦或受累發炎。 治法。起初時。若謹愼修甲。用無稜棉花塞於甲邊。著寬頭鞋。庶可阻其進行。倘患處已成瘍。須去該甲受患之一半。且必修之盡淨。勿留餘角。若膿多。宜以剪去其皮摺。且刮淨其肉芽胭。再以防稜敷料包之。如未成瘍。在趾邊近甲處剪去橢形之皮一片。用馬尾縫合。則邊摺遂離甲而患可瘉矣。

爪甲彎曲 Onychogryphosis

此患多見於老年人之蹈趾。因不修甲所致。其甲長厚而粗如羊角。甲下有極臭腐物。療治此患。只有割去一法。

脂腺症又名皮脂腺症

AFFECTIONS OF THE SEBACEOUS GLANDS

脂袋瘤 Sebaceous cysts 身體無論何處。皆能生脂袋瘤。而尤以顱皮爲最。其故因脂腺管塞。致脂不能出。此瘤之形圓。捫之堅而韌。與深胴不相粘。然與皮則否。若細查之。其被塞之管口可以尋見。按之或能擠出脂少許。 袋壁爲數層膚脒所成。且有最堅之筋胴繞之。若被激或受壓。（如生於背與肩常受吊褲帶之壓）則其壁與繞胴即緊相粘。 袋內之質如豆腐。臭陳腐而色黃白。以顯微鏡查之。見有脂渣、膚脒、及可諫司特林。（膽渣素） 若不治之。則或漸大。袋壁及所貯之質。有時變爲鎖礬。間或其脂外洩。乾而不脫。層復一層。至成脂角。 Sebaceous horn 且因有污穢雜於其上。致成黑色而有纖絲結締之形。角底與皮緊相粘。且紅而腫。脂袋有時發炎成膿。或自穿破、或割開、即癒。亦有穿破移時而復集脂者。如袋內之質未行全出。則存其內者易壞。成瘍而有凸邊。其形或與疽相似。間有竟變爲惡性疽者。

辨症 與皮胴袋瘤之辨。 Dermoid cyst 蓋皮胴袋瘤有先天的根源。且僅有某數處可長、及不粘貼外皮。 與脂瘤之辨。因脂袋較圓、及粘貼外皮。且不分葉而硬。不若脂瘤之柔而能動。 與慢性瘴之辨。蓋脂袋較硬。其面有微孔。且來由亦不同。然當未割之先。有時仍難分別。

治法 若形陋、或不便或疼痛。須將該袋除盡。若生於顱皮。則須刺穿其袋而擠出其內物。且以

鑷持袋膜而拑去之。治脂角及開花瘍。Fungating ulcer 須將接鄰之皮一並割之。

脂腺瘤 Sebaceous adenoma 眞脂腺瘤或由脂袋而起。其生長緩而體質堅。有時富有血管而生長速。且易復起。故性稍惡、而每誤認爲疕瘤。以顯微鏡查之。頗與蝕瘍相若。但按其來歷則迥異。此則多生於顱皮。 治此留必大爲割取。後以補皮法補其刀口。

接觸傳染性軟疣 又名膚性軟疣 Molluscum contagiosum or epitheliale 此疣畧大於菉豆。色黃白而中凹。其凹內或有乾渣。大者有質如黃蠟。可以擠出。多生於面部。身亦可受染。其有傳染性也、可無疑義。例如嬰孩之臉有之。可染其母之乳房。但傳染之病原。尚未查明。依病學所查。其疣乃無數之楔形小葉、而爲有核之多角膚胅及筋絲架膶所組成。疣中央之胅漸變壞似蠟或澈質。胅內有許多小圓體。 治法。或割去。或扯去。或劃開而將內質從包膜擠出。

蝕瘍 又名侵蝕潰瘍 Rodent ulcer 係一特別類之腺疽。由脂腺、或鬚深層底而起。患者約爲年邁之人。四十以下者亦間或有之。每生於面之上部、近內外眥下之處。 初起如扁疣在皮內。而四周每紅。漸長而漸爛。遂延開成瘍。瘍面光滑而微凹。且蓋以肉芽。瘍邊畧高而捲。見圖細視之。邊外亦受累。若敷防穢藥。則流液即少。且似有生筋瘢之狀。但其瘢易潰。設染膿穢。則其面有腐肉。且有多量臭液流出。瘍不疼。鄰近之淋巴腺不變大。且全身之健康除後期外。亦不受損。患之進行也緩。先猶在淺面蔓延。但遲早必累深膶。無法阻其勢焰。甚或髏骨見蝕而腦筋衣露出。 以顯微鏡查之。

第一百六圖



Fig. 106 RODENT ULCER OF MANY YEARS STANDING

瘍蝕之年久

該病胭係膚株柱交雜。及有筋株胭紛佈其間所成。所有之株。小而爲球形。排列甚密。鮮化爲角質。故罕顯株窩之狀。但瘍面淺層之株。有時延長而排列如欄杆形。其深層之根向皮下左右侵、而壓瘦好皮之眞皮莿。該根頗明顯。截之每爲多角形。其膚株柱間無多圓株侵入。

治法　邇來治蝕瘍之法。較昔有異。昔者離瘍邊外至少半寸處施挖割。後以植皮法補其傷口。若此法不便。則以利匙刮盡瘍面。塗以氰强酸或鋅氯鹽糊劑 Pasta Zinci Chloridi 等藥。則可期其生肉芽而癒。　自X光線療法發明以來。即鮮有用上兩法者。其用法每日對瘍面射光線約十分鐘之久。即有應效。瘍大抵漸潔淨而癒。間或癒後再發。則再施之必瘳。但用時須謹慎保護周圍之好胭。　亦有用銳氮鹽 Radii Bromidum 治之者。將銳氮鹽千分瓦之五至十。5—10 mgm 置於鉛壳內。以玻片蓋之。用潔淨革他拍查 Guttapercha 一片、包銳壳置放瘍面。而以貼膏貼穩。此法或每日施五至十分鐘之久。或一星期一

次。每次至一點鐘之久。其應效視銳氣鹽之佳否而有異。但有時甚顯發炎之狀。另有鉦傳子療法。Zinc ionic medication 第四十九頁 亦可有效。而尤便用之於間多日請治一次之病人。施此法甚痛。必先以可卡印水濕電之陽極。後將數層絨布濕以百分之二之鉦硫强礬或鉦氯鹽 Zinc. Sulphas, Zinc. Chlorid. 溶液。蓋於瘍面。再以陽電極接置絨布上。　據輓近今經驗所得三法中。X光線施於瘍之淺者爲妙。而銳及電傳鉦法。則合施諸較深者。用此三法療治。所結之瘢痕柔而不甚顯。所以瘍在眼瞼等處者。施此法甚妙。蝕瘍生於他處者。或可以刀去瘍一大半。當未補皮之先。施X光線於新剜之面甚妙。　若骨或⿰月及受累。則惟有割術而已。因用X光線雖亦獲效。究之再發者殆成定例。

第十八章　肌腱滑囊之症 AFFECTIONS OF MUSCLES, TENDONS AND BURSAE

肌及腱損傷 INJURIES OF MUSCLES AND TENDONS

痏傷 Contusion　多由打或跌等傷。令肌或有斷裂及有血滲出。患處腫。捫之即痛。自動亦痛。被動則猶可忍受。因肌絲不伸長故也。　以濕熱袱敷之。且安逸數日、即癒．但有時須繼用揉捏法及以庫秋帶護持之。

扭傷 Sprains and strains　多因跌倒或用力過大使肌絲受扯或撕裂。後則有肢不活動之弊。而夙有痺癲等患者尤然。　初必令其安逸、及以熱袱或冷袱敷之。隨裹以庫秋帶。按時施揉捏法以待其癒。若人素有瘰根。更須留意。務令完全告瘳。

肌鞘破裂 Rupture of muscle sheath　係意外之事。多見於內闔肌及腹直肌。肌縮時。肌腹從裂孔凸出。捫之有柔軟而似浪動之瘤。　治此當安逸其肢。使肌絲弛緩。俾肌鞘復位。久不癒者。可剖開而縫合之。若再不能合。則可用無稜之銀箔補其處而縫之。

腱離位 Displacement of tendons　除經過骨筋槽管等腱之外。此患罕見。惟腱過槽而斜出。則更易離位。得此傷乃因忽用其力。當時其痛突作。患處遂有得於動。若在淺處。其離位之腱可以查得。而

動時尤顯。有時雙頭肌之長腱在肱骨直槽錯位。繞腕節及踝節之腱。亦有時離位。而腓蹠長肌腱尤然。若不治之。後雖畧瘉。恐仍不免久弱。若不待新膶堅固而早用此肢。則甚易復犯。

治法　使肌弛緩。令腱復位。若僅用手技爲之尤善。用石膏帶或貼膏、使患處歷七八星期不動。若腱仍離位。則將腱剖露而縫於本位。但須早用他動術。免後有粘着之弊。腓蹠長肌腱多用此法。因其最易離槽而移於外踝之前。將踝節外筋帶破斷。故施割術時。須將破段縫好。如此不足。必將外踝骨衣割一片。將片之尖、縫於踵骨外側。使腱不離位。

肌及腱斷 Rupture of muscles and tendons

此傷實非罕見。多因受偶然之猛力而致。大半係斷於肌與腱交連之處。亦有從肌腹斷者。惟腱斷與腱連骨處扯脫者。則較鮮焉。

病狀　受傷時。病者偶覺甚痛。如受鞭擊然。且或有破斷之聲可覺。該肌之功用喪失、並有腫痛之狀。若肌絲橫斷者、其狀更較撕裂者爲顯。試使肌縮。則肌腹縮向無傷之段而變軟球。捫之畧似有漲動。若係肌腹破裂。則縮時趨向兩端。中有溝可查得。　其瘉合之常法。即成肉芽膶。後變爲筋膶。若肌之兩段離遠。則相連之筋膶大抵長而不強。但兩段相近者。則所成之瘢膶短。日後或可變爲肌膶。若腱初斷時。其連合之介質與腱鞘粘着。倘久粘則恐有軟弱而痛之憂。夫連合之膶變強之速。言之殊有旨趣。試將兎之腱割斷。越十日十。須用五十六磅之重力。始能斷之。

治法　必須設法使肌弛緩。制止兩段分離。如此三四星期之久。後用他動法及揉捏法。以免其

肢不活動。如有粘着之弊。則施蒙藥而分開之。若腱被刀誤斷者。宜以腸線或絲線縫合。且須加意用防穢法。免鞘生膿。若該腱欠缺一段。可將上段縱行削割一片。轉下續之、(第一百零八圖) 或將上下二段各分一片。一轉下、一轉上。而續之。(第一百零七圖) 或有以他處之腱、或他人或畜之腱補於兩段之間而續之者。無論何法。須慎防相對之肌扯動受傷之腱。否則即難復其功用。昔曾有某少年。被刀割斷其骭前肌。醫士精意縫合。但當漸癒之期。病者任足垂下。遂致將肌腱扯伸而功用喪失。趾不能仰。所以行走有拖足之弊。於是復施割術。去其腱之一段而續之。

肌腹斜斷或縱斷者。續而縫之甚易。惟橫斷者。則縫之最難。除非將鞘同縫。則縫線極易脫離。如此莫妙於將肌絲束分爲數束。每束以線縛其端。後再上下相結。

有時雙頭肌之長腱與其肌腹撕離。試使曲臂。則肌腹牽下向肘節而成一軟團、彷彿脂瘤。但此不必施法療之。僅使下臂屈數日即癒。

踵腱若斷。須曲膝升踵。更以革帶連鞋後跟而繫於膝上。然以無穢之割術縫之更妙。

髕下筋帶若撕斷。必割開縫之爲善。

有時腓淺肌之內頭因滑跌或急扭而撕斷。則用冷

第一百七圖



第一百八圖



Fig. 107—108 METHOD OF UNION OF TENDON AFTER LOSS OF TISSUE

缺腱接續法

藥袱敷數日。且安逸該肢。直待痛腫俱退。然後施以揉捏法。

有騎馬者因馬奔馳奮力固守座位。致闔長肌受傷或撕斷。須使安逸。且將股以帶緊纏若麥穗形。(又名人字纏法形) 傷之劇者。非用割術恐不爲功。

指之長腱。有時受傷而斷。若不善爲縫之。則其功用將大有碍。該指或恒屈或過伸。視受累者爲伸肌抑屈肌。故接縫斷端愈早愈善。但設有穢入。必俟傷潔淨。乃可施術縫之。因腱有鞘。當屈指肌腱斷時。遂縮入而不見。故必循指中線往上縱割。始可得腱之上段。其法將探針揷入鞘內。探得腱之縮端。對縮端割一小刀口。用線穿其端。仍循鞘將縮腱扯伸而縫於腱之遠心段。如此爲之。腱鞘不大割開。且可免粘貼之虞。隨以夾板夾其指。十日內勿許其大動。

伸指肌腱在指上無鞘。故斷者易縫合之。但其附麗於指末節之處撕斷則不然。因腱膜縮至對第二節之中點。故成爲鈎指或謂爲槌形指 Mallet finger 雖伸其指。亦屬無益。因所斷之腱仍不能接近其原處。開割亦或罔效。因腱已與骨離。無法可縫也。若使掌指關節及指第一關節屈而第二關節伸。此可令腱膜鬆弛而近於原位。用夾板扶持數日。則可得畧善之結局。

腱有三患須當明辨者。(一)腱斷。其兩段相離。(二)腱粘貼。(三)腱壞爛。若係指之屈腱。尤宜慎查。 腱斷者失自動之能。他動之則動。釋之仍復原勢。 粘着之腱不然。動之則痛。且腕關節上腱亦被扯。 壞爛者因瘢胴縮、使指屈而消瘦。試伸之。不痛。腕關節之腱亦不受其扯。伸指腱壞爛者指亦屈。因無以抵屈肌也。 玆三者若久患之。則關節及筋帶有改變。此時施割術恐無大效。著欲縫腱。可去其關節。如腱短。則接補之。或鋸去其骨之一塊亦可。

肌症 DISEASES OF MUSCLES

肌炎 Inflammation of muscles (Myositis) 原因不一。狀則相似。如腫而痛。動之不安。捫之硬而痛。若生膿。則其狀與成瘡相似。又因肌胭微壞、及有成瘢之變更。故將來不無畸形。肌炎之類別如下。

(一)純傷性肌炎 Simple traumatic myositis 此因肌受痏傷或撕裂所致。係成胭性炎。流血與否不定。但不久即消散。該處後或畧有成筋性的變厚。有時易成慢性症。肌胭變爲筋胭而縮短。其筋性變。甚或越乎原傷之外。小兒髑顳肌之變硬。亦屬此類。致有頸歪之狀。

(二)痺性肌炎 Rheumatic myositis 又名肌痺或肌風濕 Muscular rheumatism 有痺性或癲性而嗜厚味少運動之中年人。多患此症。大約累及筋胭。如筋膜、腱鞘、肌鞘、腱、並關節之筋帶等。故有筋胭炎 Fibrositis 之稱。亦有累及腦經鞘致患腦經痛者。此炎症無論身體何處。均能受累。而最多者係累腰筋膜。曰腰痺症 Lumbago 病者行動。其腰畧屈而不靈活。用力時或忽然作痛。痺性頸歪症。Rheumatic wry-neck 亦歸此類。或因傷風而起。 多種關節痛(如肩節膝節踵腱等)亦屬此類。且時與天氣水土有關。

治法 先服一劑銾氯弱鹽。而繼以調理飲食及服解痺癲之藥。如鉀碘鹽加鈉柳礬 Pot. Iod., Sod. Salicyl. 有效。痛甚時。須安息該處。且療以乾熱或濕熱及服醋柳酸以減輕其痛。(施熱療法第三章已論之)有時用顫動揉捏法亦甚佳。水療法若善用之亦極效。病者日後須多運動。飲食宜清淡。不宜厚味。

(三)急膿性肌炎 Acute suppurative myositis 此因膿穉侵入。或因刺傷或施割術後而起。膿在肌間上下侵佈廣濶。亦有由內染如穉串瘰。或接鄰有膿性域點所延及者。如骨衣下生瘰 又有因痏傷扭傷後自染而起者。無論何故。皆易致筋瘢性之畸形甚重。

(四)慢瘰性肌炎 Chronic tuberculous myositis 此症兼成慢性瘰。多繼鄰近之骨或關節患瘰而起。如腰髓肌瘰是也。

(五)癨性肌症 Syphilitic disease 多起於癨之第三期。使肌變硬或在肌中生癨瘤。Gumma 無論何肌皆能受累。而舌肌及肐髃顳肌似乎尤常。診斷時。不可不審慎。因此瘤初起與他瘤相似。惟據其癨之來歷及瘤之緩長與夫先硬後則中心變軟。且服以鉀氯鹽即速消散等。從可區別之。間或肌中生癨瘤。彷彿小彈。每循肌絲排列。且粘於肌鞘。不痛。服鉀氯鹽即散。

(六)寄生性肌炎 Parasitic myositis 係由蟠蟲或袋帶蟲而起。本章不必詳述。

(七)成骨性肌炎 Myositis ossificans 此甚罕見。有之多爲背肌。變爲骨板或骨桿。極硬而不能動。此症極痛。乃肌之連膶生骨而肌絲消瘦。患者多係青年之男子。而或有痺性者。曾有童子。其左右兩腰廣肌成骨。所以上兩肢不能動。其右胸大肌亦成骨。舉脊肌及右斜方肌亦受累。故其背硬而身不能屈。患此症者。其踇趾每有先天的畸形。踇趾首節或短或無。此症無法療治。

傷性成骨性肌炎 Traumatic myositis ossificans 與上述不同。分爲二類如下。(一)因肌或腱屢被

激惹。而其連胴即成骨。如騎馬骨 Rider's bone 即闊長肌腱成骨是也。(二)因肌受重傷（如因骨折或關節脫臼）後有多血滲出。迨後多生筋胴。約於傷後三四星期。肌中可捫有骨。或用X光線亦可見之。此患能阻肌之活動。倘阻碍不甚。無庸療治。甚則須施割取術。患此最多者爲四頭肌及肘節前肌。

肌之瘤 Tumors of muscles　此不多見。係原發者乃血管、筋、肞、泗、疙等瘤。多在肌鞘或肌絲間連胴而起。又有繼發者如疽及疙之子瘤生於肌中者。治法依平常割症之理爲之。若爲疙類。須將肌及肌之四鄰全去之。因疙循淋巴管而生於肌絲間。被肌鞘所限制。若此割術不行。惟有截肢而已。

腱鞘症 DISEASES OF SHEATHS OF TENDONS

(一)急單純性腱鞘炎 Acute simple teno-synovitis　常見於拇指伸肌被扭或被扯後。其腱之滑膜易起此炎。循肌腱軟腫。動之或捫之即痛。且有細擦聲於動時可覺。治法使肢安逸數日。且以濕熱袱敷之。急狀既退。則施揉揑法以助積液消散。又常他動之以免粘着。

(二)急膿性腱鞘炎 Acute suppurative teno-synovitis　多因受刺傷或由鄰胴延傳而起。前論之膿性指腱鞘炎。即此類也。膿在鞘內可上下侵佈。若不早爲割開。則腱將壞爛。或縮而緊粘鄰胴。二者皆有碍其功用。此膿炎亦可累附近之關節。而繞腕關節之膿性腱鞘炎尤然。

(三)慢單純性腱鞘炎 Chronic simple teno-synovitis　此多見之症也。在腱鞘內積有白色滑液。積

液處小者名腱鞘袋瘤。Ganglion 循腱鞘蔓延者。按之。有彈性之動浪。每兼作擦聲。不疼。然患處孱弱無力。治法。用外惹內效藥。及以鋉雜膏等 Scott's dressing 壓之。若無效。則割開將滑液去盡。其穴或須洗之。患處小而似瘤者。可用針刺一孔。將滑液擠出。隨以敷料壓之。

(四)**慢瘰性腱鞘炎** Chronic tuberculous teno-synovitis 此分兩類。(甲)鞘內面蓋有痳腫之肉芽䐈。而含以瘰域點散佈其中。故循腱徑漸有彈力性軟腫。微痛。或捫之即痛。後或成膿。其下之骨及關節或為所累。治法。使患處安逸。用壓術及畀耳氏盈血法。且常調理全身。若不見效。須割開去盡受累之䐈。(乙)乃滑膜內積液。有血絲一層附着滑膜內面。使膜加厚。有時此層因動而脫落數塊。該塊在腱鞘內者。成瓜子形體。Melon-seed bodies 在關節者其形畧扁。在滑囊內者則近乎球形。查驗之。無具體的組織。然有者乃層疊而成。若其數多。則動時有特別擦鳴。此物無非由瘰而生。因接種於畜體。畜亦患瘰也。但其處所含之瘰桿稚不甚强。故較甲類之結局為佳。治法。使患處安逸。敷以鋉雜膏壓之。且每日循時纒以庫秋帶。引其盈血。若無效。則必割開。去其血絲及瓜子形體。與其積液。以埃多方輕塗其內。又用埃多方甘油勻劑注入穴內而縫之。若復發。仍割開。盡去其滑膜。

腱鞘袋瘤 Ganglion 起於腱鞘或關節之滑膜。常見於腕關節之背。由橈側伸掌肌腱與拇食二指之伸肌腱而起。腕前及足。亦或有之。其大小不一。內含透明似膠之質。以成一形圓而堅及有彈力性之瘤。每畧可動。初起不痛。然長大時則或痛而弱。其來由不一。有因慢性腱鞘炎而起者。有因

腱鞘破而滑膜露突所致者。亦有因滑膜內膚脒變壞似膠而然者。且間有由關節之滑膜凸突所成者。辨之大抵不難。然其深而貼骨者。或誤認爲骨瘤。治法。以兩拇指力壓之。可破其袋。或以物擊之亦破。但後此易復漲耳。若無效。則用無穢針刺放之。隨緊束壓即瘉。有時須用割法將袋壁去盡。然宜精密防穢。否則受染即有重大之關係矣。

瘰性腕袋瘤又名複雜手掌腱鞘袋瘤 Compound palmar ganglion 係屈肌腱之滑膜在腕節之前患瘰而起。袋內所積之液。初期似蛋清。且每含瓜子形體頗多。後約爲膿。初起時。腕前及掌腫。本來之掌凹沒。迨後腫則限於拇掌阜際魚因屈拇長肌腱鞘受累也。初起不疼。腱之動功亦微。後畧瘉時。腱遂相粘。乃有妨於指之運動矣。若生膿。則痛及阻碍更甚。自始至終。腕關節前可捫得動浪之狀。治法。安逸患處。用錸雜膏壓之。兼盈血法、及調養身體。如無效。則在腕前環筋帶上下各割一口。洗淨其穴。將瓜子形體及血絲渣等物除盡。再用埃多方甘油勻劑輕搽穴內。將二刀口縫好。仍使安逸。若其皮漸薄似乎欲壞。則可用引流管導其液。甚或割開環筋帶。以利匙刮之。如此。則結局不甚佳。蓋腱既彼此交粘。復粘着外皮。於指之運動不無防礙焉。

腱之手術 OPERATIONS ON TENDONS

(一)截腱術又名腱割斷術 Tenotomy 截腱之用意。在改正畸形。如畸足歪頸等是或助骨折復原是也。

其法有二。曰不露腱截術、及露腱截術。不露腱截術又名皮下法 Subcutaneous method 乃用於無妨碍之處。惟須謹愼防穉。因所刺之口小而不克引流。若有穉入內。則易生殖。又因腱鞘有時不意受傷。若受染。則從鞘蔓延綦速。其害乃不堪言。手術如下。以銳尖刀自皮刺至腱。取出。再用鈍尖刀平入其口至腱之上面或下面。隨將腱扯緊。轉其刀刄而鋸斷之。如能不割斷腱鞘爲善。雖傷口無穉。然腱兩端常縮而相離頗遠。則癒時與鞘相粘而有碍於動功矣。此割法或由腱上割下。或腱下割上。論者不一。由上割下者。無割皮過大之弊、且少有傷及腱下鬆膶之險。由下割上則反是。凡腱下之膶誤括在刀刄之上者。必被割斷。若恐傷及重要之膶。如割腿雙頭肌腱時恐傷膕外膁經 則不如依露腱截術 Open method 爲善。其法如下。循腱割一寸長之口。露出腱。以動脈囊針套腱下提起而割之。則無危而流血亦少。將傷口縫好。用無穉敷料緊裹。以免滲液。畸形已改。則設法以阻其動。或以石膏帶護持至四十八小時。自十二至十四日起。可用他動術。動力須漸增。直至數日後可以自動。

截踵腱術。　足向外側置。將趾屈下而使腱弛緩。用腱刀入腱內側。離踵骨上一寸處。在腱之淺面或深面皆可。第八十圖F 於是使足背上屈。該腱即張而易於截斷矣。若向皮而割。則割最後數絲時須勿失力。恐刀偶將腱與皮同割斷也。

截骭前肌腱術。　最妙須在其經舟骨處截之。第八十二圖C 因此處無滑鞘。且有伸踇長肌腱以隔住足背動脈。故無憂傷脈也 先使腱弛緩。由外側以銳尖腱刀刺腱下。取出。隨以鈍尖刀入其口。使足向外展。則

腱即割斷矣。

截骭後肌腱術。 此腱每與屈趾長肌腱同截。可在內踝尖之上幼孩一指寬成人則一寸半遠之處截之。第八十圖E 此處可捫得小骨珠。即於珠上割之。將刀刺入脛骨及腱之間。若刺處甚恰則腱壓刀雖釋手而刀亦不落 再用鈍尖腱刀入其口。將刀刄轉向腱。使足背上屈。而腱截矣。倘或傷及骭後血管。然以敷料細心壓之。即足阻其流血。

截腓蹠肌腱。 可在外踝底之上截之。因其在此處無滑鞘也。第八十一圖D 將腱刀刺入腓骨與腱之間割之。刀以貼近腓骨爲妙。

截股雙頭肌腱。 截此腱以露腱截術爲妙。因其距膕外腦經甚近。若不顯露。難免無傷。刀循腱在腓骨頭上割一口。以動脈囊針鉤起腱而截之。其肌絲離腱之下段最相近。

截半膜及半腱二肌腱。 可在膝節上截斷。若能使腱伸直明顯。以不露腱截術割之亦可。 截骻髃顳肌腱術。詳第十八章。

(三)**腱延長術** 又名長腱術 Lengthening a tendon 若因腱短或缺而致畸形。則用截腱術似非甚佳。莫若利用續腱術以延長之。詳上法。將斷腱之一端或兩端各分一片。一轉下。一轉上。接續而縫之。第一百零七圖 又有一法。第一百零九圖 將腱割如Z字形。在腱中縱割分爲兩半。又於縱行刀口之上下兩端、各相對橫截之。見圖ab cd 逐將兩片分離。準欲增長之度而細心縫合之。其聯續之結果。一如第一百零

十圖所顯。

第一百九、十、十一圖

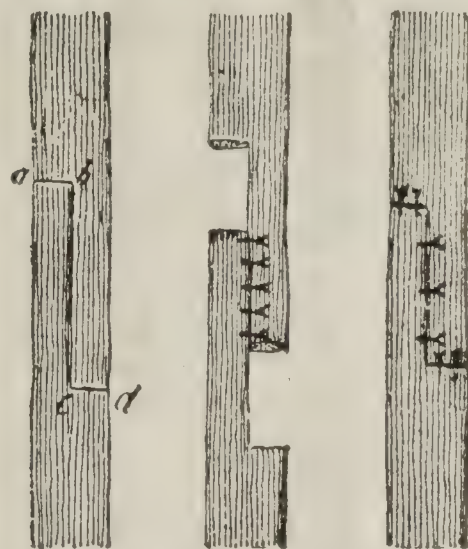


Fig. 109　Fig. 110　Fig. 111

Z-OPERATION FOR LENGTHENING OR SHORTENING OF TENDONS

In Fig. 109 the method of dividing the tendon is shown. In Fig. 110 the flaps are slipped downwards, one on the other, so as to lengthen the tendons. In Fig. 111 equal portions have been cut away from each half and the remainders sutured, so as to shorten it.

延長或減短之Z字形割術。
第一百九圖腱之分離割法。
第一百十圖割片扯下交搭。俾腱延長。
第一百十一圖兩片之斷端。等分截去若干。餘者縫合。俾腱減短。

(三)腱減短術

又名短腱術 Shortening a tendon 癱性畸足或施此術矯正之。Z字形刀口。亦可爲此而用。分腱爲兩半且如上法截斷後。將兩半之端。斟酌各截去若干。再交連而縫之。此術較橫割或斜割而縫者爲堅固。因線不易脫也。第一百十一圖

腱修補術 Tenoplasty

此係將有力之腱。接縫於弱腱或癱腱以助其力。其大用在改正癱性畸形。如畸足 先須查肌之電應及能力如何。若能以有力同功之腱補之。較用相敵之腱補之尤善。利用之法有二。(一)將有力之肌腱。接縫於已割之癱肌腱之遠心端。以愈近其末梢愈佳。或僅分好腱之一條、而縫於弱腱或癱腱亦妙。蓋弱者既得其助而健者亦不失其本功。(二)將好腱割斷。移其本位而置之他位。與骨衣縫合。使其代癱肌腱之功。若治內翻畸足。可將骭前肌腱移於第五蹠骨。與骨衣貼而縫之。此法獲效殊佳。

凡用以上手術。須慎防穢入及流血之患。腱鞘須用極細腸線或絲線縫合。若爲畸形而施。縫腱之先須將畸形改正。然後欲得腱之長短。乃正確無誤。 手術後之療法。首在不可任腱緊張。免其以後過於弛緩。該肢須用夾板或石膏帶、保持過度之改正勢至六星期之久。此後六閱月內。須著支持器具、且用揉捏法、電療法、及合宜之體操。以增其肌力。

滑囊症又名粘液囊症 DISEASES OF BURSAE

滑囊者。使凡全身有受壓之處而無傷也。其爲用滑溜。能使皮與骨不至磨擦而得滑動。 有時身體凸起之部。因受例外之壓。而發生相似之囊者。名曰後天滑囊。Adventitious bursae 該囊乃有筋膶壁而襯以潤膜。內含潤液少許。係由淋巴穴痕或該處滲液所成。例如常負物者。其肩或第七頸脊骨後峯上發生此囊。畸形之骨阜上亦能生之。如馬蹄內翻畸足 Talipes equino-varus 之方骨上有之是也。亦有因骨折不接合、或關節脫臼不復位所成之假關節。其囊亦屬此類。

滑囊損傷 有受刺傷而破者。亦有因皮擸裂而連累之者。如臑骨頭之尖受跌 其滑液流出。有阻傷口癒合。故須將滑囊割去。或大剖開。塡塞傷口。任其由底收口。 以下所記。乃後天滑囊及正常滑囊之症。

(一)急單純性滑囊炎 Acute simple bursitis 由受傷或久受激惹而起。而有癲痺性者尤易患之。患處痛腫。捫之亦痛。若囊淺。則所蓋之皮盈血而紅。速有液積於囊中。且有時雜血。後有血絲一層

沉潤膜上。多致囊二面相粘而囊形或沒。 治法。安逸患處。且敷以熱袱、及調理全身。若積液不散則用套針或吸器將液吸出。甚或割去其囊。總須留意防穢。

(二)急膿性滑囊炎 Acute suppurative bursitis 此因有膿穢由身外或自身內而入滑囊、多繼慢性炎。囊在皮下受傷。致囊內積血而起。其成膿。初猶限於囊內。可延及囊面。或穿囊散布胭中。維時患處及全身病狀。殆與生瘅者同。如此。或難查明其瘅之因由滑囊而起也。例如髕前滑囊膿炎。膿每侵於其兩側。故在髕骨皮面捫之。或疑爲膝關節有膿炎。但因關節無急性病狀。故可藉以區別之。有時滑囊之炎。能累及附隣之骨與關節。如髕骨或脛骨頭變壞或死是也。 治法。最善在早割開而放其膿。

(三)慢滲液性滑囊炎 Chronic bursitis with effusion 此係滑囊最普通之症。囊內積有漿液。使腫大成有動浪狀之瘤。囊壁之厚薄。依其來由而有異。若症日久而時止時發者。囊壁每爲羅形而堅厚。並有筋絲使囊壁彼此相粘。此症久者。每有急性炎相增劇。 治法。安逸患處、及用外惹內效藥。如起炮藥、氣酒等是。若無效。則須割去其囊。若囊通關節。(如半膜肌腱下之囊)須將其相通之管剖露而縛之。

(四)慢筋胭性滑囊炎又名筋性炎 Chronic fibroid bursitis 此係囊壁因久炎而長甚厚。致成一硬筋性瘤。其中心有一小穴。該患或由瘰而起。 治法。惟有盡行割去之。

(五)慢瘰性滑囊炎 Chronic tuberculous bursitis 常見者係囊壁內附一層血絲。兼有液與血絲塊

浮其中。較鮮者、係滑膜變爲瘰性類之肉芽胴。後或成慢性痺。上二者或皆繼瘰性關節炎而起。倘滑囊與關節相通。亦可反致瘰性關節炎。 治法。能去盡滑囊爲善。否則大爲割開。以利匙刮盡瘰胴。用埃多方紗布塡塞其穴。有時可用無稀埃多方勻劑注滿穴內而縫閉之。

(六)滑囊癯患 或在初期有相對之滑囊炎。或至後期使繞滑膜之胴生癯瘤。

(七)滑囊癩患 此令囊壁生癩石。Gout stones 可因此種激惹而生痺。其穿頭之膿內雜鈉尿礬 Sod. Uras 之晶。此患最常者係累臑骨頭之囊也。

第一百十二圖

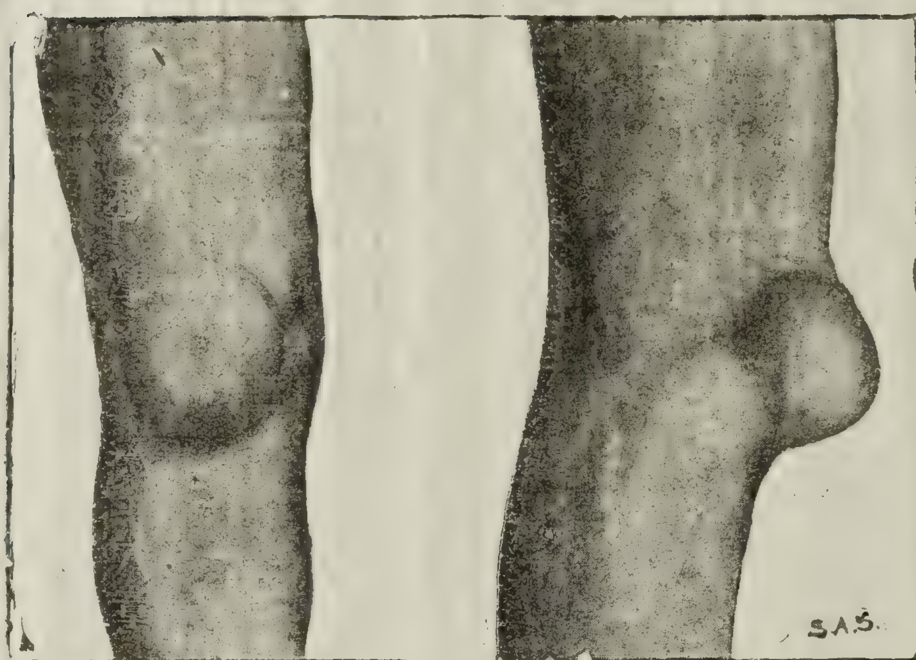


Fig. 112 ENLARGED BURSA OVER PATELLA

髕前滑囊變大

特別滑囊 SPECIAL BURSAE

髕前滑囊。第一百十二圖 此囊居髕骨下半之前。而非居其中央。因其地位之暴顯。而最易受傷及患上述之種種囊炎。其極單純類。如常屈膝所致者是也。髕骨有時繼急膿性滑囊炎而壞炎性較慢者。或致成骨性骨衣炎。膝關節每不受累。

髕下筋帶下滑囊。 此囊居髕下筋帶及骭頭之間。

若漲滿液。則筋帶兩側可捫有動浪之瘤。而腿伸直時更顯。屈則畧消。此囊如久變大。則能將髕滑膜摺推往後。當伸腿站立時。該摺被夾於骨之間。其痛畧似弓𦙶錯位或關節中有異物。但以其囊之腫大與不能直腿站立。即足以與之辨別。

膕處滑囊。　該囊等每易腫大。而在腓淺肌內頭及半膜肌之間者尤然。致成一形圓而有動浪之瘤。其外側顯出、而內側不甚分明。捫得之軟硬。視該肢之屈伸。伸則硬而屈則軟。又因該囊近膕血管。故間或捫得脈搏。但無脈搏之漲狀。　此囊之腫大。多繼膝關節病而起。如瘰症或關節骨炎等。故施治之先。必須查明該關節果否有病。如無病。可割去該囊。其蒂則縛之或縫之。

半腱肌與脥骭肌下之滑囊。　有時發炎。而易致附近之骭骨內側面骨衣生成骨性炎。且肌腱與骭骨有着粘之弊。

踵腱下滑囊。　若腫大。則在該腱兩側顯出動浪之瘤。畧似踝節有病。但其腫只限於關節之後。有時此滑囊腫大。由瘰症而起。

腰髕肌腱下滑囊。　若積液腫大。其瘤即顯於股三角處之內側或外側。若痛。須令屈股。其狀似乎髀關節有病。或腰髕肌痺。須記憶者。此囊每與髀關節相通。

臀大肌滑囊。　居臀大肌末與髕大凸之間。有時患瘰。則有圓瘤而使髕大凸後之凹沒。症性急者。或使肢外展而轉向外側。蓋令臀大肌弛緩也。似此。與初起髀關節瘰之狀相似。但股未屈。且試以

他動術、而關節亦不大痛。至髀關節患瘰則不然。若此滑囊生膿。能遍延臀大肌下。治法。若能將滑囊割去、最善。否則割開。以利匙刮之、及滅其內之稚。任其由底生肉芽而瘉。施此割術。臀大肌末之一部。必被割斷。隨後須縫合之。

骶座滑囊。若發炎。則痛而不能坐。該囊每變硬。且兩側咸累。礙事者須割去之。

臑骨頭皮下滑囊。此囊或腫大。倘膿炎。則令骨壞而死。非屬罕有之事。惟累肘關節者則鮮。

三角肌下滑囊。此乃多房滑囊。間或腫大。使三角肌凸高而肩頭亦增闊。其與肩關節積液之辨別詳第二十二章

第十九章　畸形　DEFORMITIES

此章只論數類最顯之畸形。

頸歪　TORTICOLLIS

大約因一側之骶髃顳肌過縮。久者則斜方肌、頭項肌、深筋膜及頸之他深肌等亦受累。故頭牽向病側之肩頭。而面則偏向好側。 頸歪症分類。如急性者、慢性者、痺性者、痙攣性者。但慢性者多因肌有變瘢之弊。

(一)**急性或瘋性者** Acute or Rheumatic form 多因傷風及坐於射風之處所致。其狀乃忽然而發。極痛。捫受累之肌亦疼。有時可誤認為急性淋巴腺炎或連胭炎。因此二症亦可令頸歪也。 治法須兼用全身及局部療法。可服醋柳酸 Aspirin 或柳鏧以減輕其痛。又可服瀉藥。如錄氯弱鹽或蓖蔴油。再用熱濕袱敷患處。隨後施以揉捏法。

(二)**慢性頸歪**　大約因骶髃顳肌有瘢痕之弊而縮短。(甲)間或因胎生畸形。因胎在子宮內之方位異常。致肌未長完全。(乙)因胎生肌變硬因生產時肌被撕傷。故可視為肌變筋胭炎而縮。(丙)因頸內有膿炎。或生癢瘤於肌鞘內而後肌縮。但(畧似復克曼氏之虧血性肌縮見骨折篇)

此類畸形不甚。大約骫髃顳肌之骫段收縮、而髃段或甚弛緩。肌即如一硬帶而甚顯明。因其內之筋膶過多、而肌膶減少或無也。深筋膜隨之而縮短。如畸形日久、頸後肌亦受累而短。頸脊椎亦或受累變形。椎體變爲楔形。其厚部向脊曲之凸面。此後脊柱之胸段。則又補償對向而曲、以保持其眼目之平勢。於小孩、則病側之頭臉變枯。若量眼外角至口角則較短。眉弓亦不彎。鼻畧平。且頰亦不如好側之豐滿。以上諸狀。大約因病側之肌不活動。致血運減少而然也。

診斷　判慢性頸歪不難。因骫髃顳肌縮而似硬帶。且甚顯明也。但勿與由火燙皮縮、或頸脊椎深肌筋及帶等曾患慢性痺炎。(痺性頸脊椎炎)及瘰性頸脊椎症等所致之頸歪混淆。

治法　療頸歪須查其所由來。如炎、癱、痺、腦經等症起者。各從其類治之。可用揉揑法活動其肌。或用器具扯伸之。但大半將肌或腱絲切斷。其結局更佳。

切骫髃顳肌術有二。(一)皮下切法。不甚佳。蓋腱後有最要之組織。係目所難見。故易傷之。若用此法切肌之胸端不難。卽將腱扯緊。以窄刀穿皮下至腱後。往前割斷。因此腱已張緊。與要物相離。故不患傷及之也。至此肌之髃頭則不然。當以(二)露腱術(開放術)割之。此法較前法更善。在髃上半寸處橫割一口。顯明肌之前後廉。則割斷肌絲。牽緊其頸深筋膜。須謹慎截之。勿傷膜後之各組織。肌腱已斷。將首扶正。以石膏帶或他合宜之夾具持之。合宜之器具如下。乃用有軟墊之革帶二條。一繞額顱。一繫於病側之腋下。如病者左骫髃顳肌收縮。施手術後。用一鏈或庫秋帶。以其一端

繫於頭上革帶之右側。(右顳凸之上)一端繫於左腋下前之帶上。以助右骶髃顳肌之力。如此法不足。或用禪司氏之背夾板。Chance's back splint 使首規正。但骨已變形者。則無論用割法及夾板。皆不足使畸形復原。

(三)痙攣性頸歪 患者多爲三十歲左右之婦人。且每有血族之腦病來歷。如癲、癇等症。其病狀爲陣性痙攣。受累者多爲骶髃顳肌及斜方肌等。轉椎短肌有時亦然。每令頭抽歪。其原、因司肌之腦經、或大腦司肌所、有患所致。有時周圍腦經被壞牙或炎性淋巴腺等所激。或亦暫能致此。但眞正痙攣性頸歪。雖除去病由。仍難治癒。此病之結局每不佳。即或用割法治癒此處。而他處又或患之。

治法 須按衞生補身療法。先除去激惹之原。又查準身體之各功用合宜否。若腸有病而其毒中血、或月經不調、及他等激惹。須療治之。患處可用各種電療法或水療法試之。 如不效。可剖露兩段腦經而扯伸之。或割去其一段。若痙攣仍有。可在項橫後峯肌上將頸後腦經割斷。或者有益。倘仍無效。或可用法治其大腦司所。

癔性頸歪 Hysterical torticollis 與以上所論不同。故須分別。大約此類病不能久患。若用合宜之法療治。即可全癒。

頸肋 Cervical rib 此畸形不甚罕見。大約至成人時始顯。多係頸兩側皆有。多起於頸椎第七之

橫峯間或第六亦有。原爲朒。後漸變爲骨。有者短而前端游離。有者畧長而連於第一肋近肋項肌之凸。有者連於肐骨。亦間有爲上下兩段所成、其中有朒連之。初不顯病狀。後長大能壓臂腦經羅之下內二索、或髃動脈。將其推向上前而甚凸顯。致易誤認爲動脈囊。有時臂垂下時。脈搏即受阻。甚有指頭因此成疔者。腦經受累者。多爲頸第八及胸第一腦經根。其狀爲下臂臑骨側及小指之腦經痛。或拇指肌癱。該頸肋可在髃上捫得之。用X光線照之亦可顯明。

治法。 礙事者可循斜方肌之前邊割一口。將腦經血管與之分離。後須愼重以剪或鑿除去該肋。

第一百十三圖

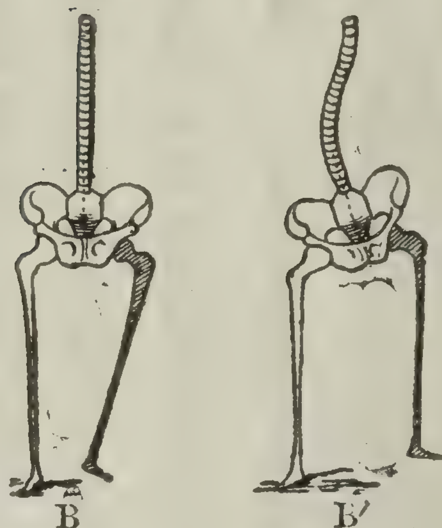


Fig. 113 SCOLIOSIS DUE TO ADDUCTION OF THE LEFT LEG

因左腿內圖而致之脊柱旁曲

第一百十四圖

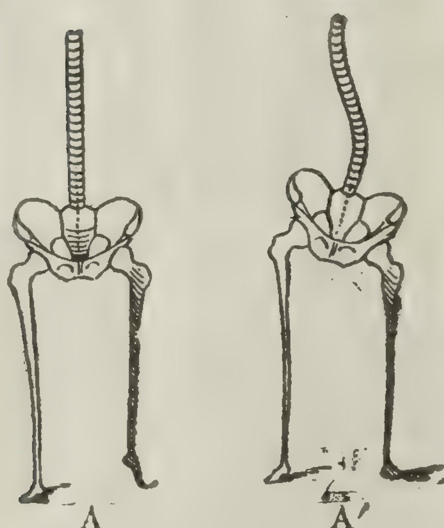


Fig. 114 SCOLIOSIS DUE TO SHORTENING OF THE LEFT LEG

因左腿短而致之脊柱旁曲

脊柱畸形 DEFORMITIES OF THE SPINE

脊柱旁曲 Scoliosis

不獨脊柱旁曲。且脊椎體亦轉向而偏。脊瘵及脊折皆能使脊偏。但非屬眞正脊旁曲。

病原 (一)胎生者。由脊骨有畸形。但少見。(二)由小兒骨輭症而起。或因小孩常經大人斜抱一側。致脊扭而歪。亦有童年骨輭症得斯病者。(三)腰偏曲於此側。

背偏曲於彼側。相對補償。曰補償的脊柱旁曲。Compensatory scoliosis 如胎生的一腿短、一側之髀關節脫臼、膝或髀關節收縮、內彎膝、Genu valgum 胸膜積膿而胸之一側降落等。則盆骨隨之而歪。致脊柱腰段曲向短腿之一側。而胸段則曲向對側補償之。（第一百十四圖A'）倘短腿恒居內闔之勢。（如髀關節久病。第一百十三圖）則脊柱之旁將與之對向而保持下二肢得其平也。（B'） 至由膿胸所致之胸脊旁曲。則其凸向無病之一側。久患頸歪。亦有致胸脊有補償之旁曲者。 （四）係最常見者。約在成童之年。名童年脊柱旁曲。Scoliosis of adolescents 因身體輭弱兼血貧。每由長大甚速而飲食不足以養體。居處又不合衛生。或因作工過勞。或常用身之一側。如幼婦在織布局每以隻手作工。或肩負重物而致。因其骨骼雖長。但肌筋羸弱。此人亦可致扁平足 Flatfoot 及內彎膝之弊。間有以一足站立操作。或學生課讀所用棹椅高低不合格而致。

現象 其現象按患式及輕重而大有異同。有全脊同旁曲者。然多係有兩曲。一屬原起的。一屬補償的。亦有脊曲後凸者。（駝背）Kyphosis 如脊曲而不後凸。亦不得謂病爲輕。最常見者。即兩曲類。乃有腰曲凸於左。背曲凸於右。第一百十五圖 至曲之或左或右。毋庸備載。蓋了然於此。即知其彼也。不獨脊柱旁彎。即脊體亦轉向曲之凸面。脊後峯則向凹面。第一百十七圖 故脊曲凹面之肋密。脊曲凸面之肋稀。因脊柱彎曲。故肋外週偏斜。第一百十六圖 胸壁陷入。而內藏移位。有時患者之右臂高於左。婦女較多 故此肩高於彼肩。高側之胸背俱凸。（髖髃關節亦可脫臼）有時腰往內凹。而髂後上廉凸出。腰凹處

第一百十五圖



Fig. 115 PHOTOGRAPH OF ORDINARY TYPE OF ADOLESCENT SCOLIOSIS

The apparent asymmetry of the legs is in this case a photographic error; in reality they were both well developed.

童年脊柱旁曲

第一百十六圖



Fig. 116 SPINE IN SCOLIOSIS SEEN FROM IN FRONT

脊柱旁曲(前面形)

顯一槽。其臂形畧歪。左側舉脊肌凸出。且該側之脊橫峯畧顯。此病新得者。若舉手攀桿。或令彎腰。則不顯畸形之狀。倘患之過久。脊已固定。則難改移之矣。最劇者（如兼顯駝背者）其身材亦變短矮。病者自覺腦經痛而弱。但非極重耳。

病體　新得者。

第一百十七圖

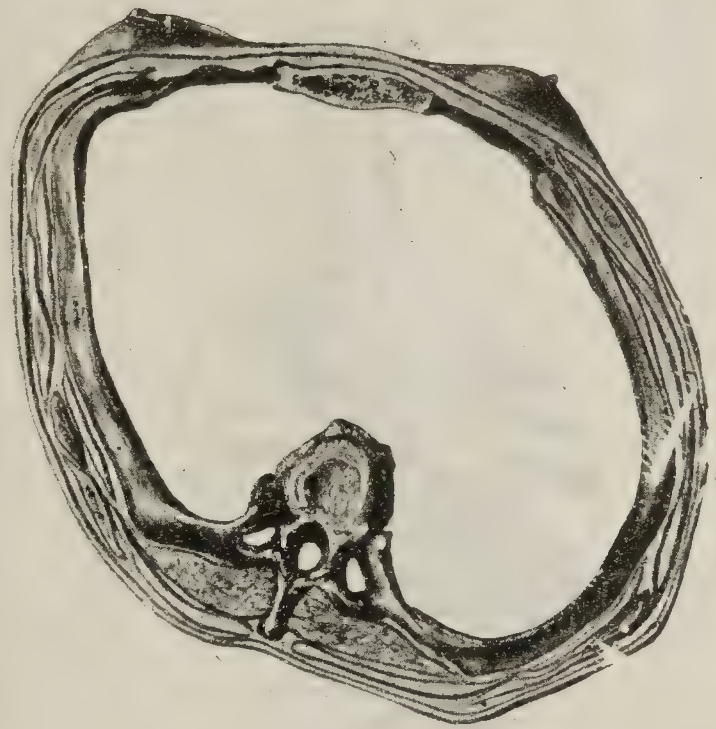


Fig. 117 SECTION OF THORAX IN SCOLIOSIS

脊往旁曲之截胸形

脊柱之結構猶無何變。但久則各脊骨變形。骨體向凸側者厚。向凹側者薄。骨間肞參差受壓。脊筍亦歪。向凹側者緊密。向凸側者疎鬆。凹處之橫峯大約與後峯相近。且畧曲。凹處之筋帶與肌皆短。日久脊關節則强直。(連硬)

診斷　令病者脫衣。坐於矮凳。查視其脊後峯。常人乃一直往下。病者則彎曲往下。再驗胸堂歪陷否。髆之位置如何。並量其腿。驗畢。令病者或攀桿或彎腰。則症式及輕重自可明白。然亦當與患瘰者分別。係瘰者其患在一定之位。且痛而難動。

結局　新得者。若用攀桿查法。其背脊能復原者。可望痊癒。若病久者。雖可使之減輕。然難望痊癒。惟須設法免其患加重而已。

治法　視其係何故而起。若腿有長短之弊。設法將一隻鞋墊高。使二腿相平。若膝關節屈。須設法使短腿伸直。髀關節屈亦然。若係青年軟弱之人。則調理週身。令居海濱。多得空氣。內服補劑。即砒鐵等類。再教以柔軟體操。畧增肌力。但不可使力過度。亦可以冷水浴身、(此須健壯者用之)及用揉揑法。

若讀書及司賬者。棹椅之高低須合宜。當設法助以輕脊柱之任。因此。患者不可坐立太久。宜多靜臥。每日二三次。每次一句鐘之久。仰臥或俯臥皆可。　歪曲甚而上法無效者。可於其室中造一體操架。令其體操養身。但須精於此術者敎之。或用各種夾板、使脊柱之任減輕。將曲處壓復原位。但用夾板筋肌不甚舒暢。久用則恐軟弱。故用時須按時釋之以活動肌筋。或有以石膏及布。與患者作脊夾板如背心然。倘畸形有增無已。則脊夾內可包含鋼條。俾收改正之效。最甚而難治者。則着以合式之器械。掩飾畸形及阻其加甚。

第一百十八圖



Fig. 118 KYPHOSIS

痀

第一百十九圖



Fig. 119 ACQUIRED OCCUPATION KYPHOSIS IN A YOUNG MAN FROM EXCESSIVE WEIGHT-CARRYING

青年久負重物成痀

痀又名傴僂病或駝背即脊曲後凸 Kyphosis

即脊柱後曲。常人之胸脊。本畧向後彎。此則更顯。且每兼腰彎喪失。致全脊同曲向後。然亦間有腰段過曲向前。以補償胸段之後彎者。

痀之分類　(一)有於舒長時因體虧而曲者。有爲平日習慣而曲者。(甲)四歲以下之小兒因骨軟症而

致者。(乙)童年時。長日伏案讀書作文及寫字而致。更多見之於近視眼。(丙)常作彎腰之事。與肩負重擔者。(丁)老年人因消瘦而致。

(二)爲全脊病而致者。如畸形性脊骨炎、Spondylitis deformans 畸形性骨炎、骨變軟、骨關節過長性症、及面手足大症等。皆能致此。

(三)脊椎折或患瘰或生癰瘤及疽等症而致。大約此類症難治。

頸背脊彎 Round shoulders　多見於青年女子。係因舒長太速。或習慣坐立不端正。或學校棹椅之高矮不合宜。或近視眼看書等。皆能令頸背脊彎。初起時尚能自改其弊。久則成畸形矣。

治法　視因何故而致。及早改正其弊。在斜方肌、舉脊肌、脊髆肌等處揉揑之。或以電治之。或習體操。以增各該肌之力。最要者患者不可勞力。以致疲倦。每日須靠臥二三次。每次半句鐘。夜間睡臥。不以枕置頭部。乃用墊墊彎(凸)處。又宜注重滋養、及內服補劑。如砒鐵等。甚者或須用禪司氏夾板。但不可廢體操。此夾板作法如下。以金類圍盆帶上連軟鐵一二條。對背部以爲改正脊曲之用。傍鐵條設支持物及革帶。以定其位置。

脊曲前凸 Lordosis　此患約爲補償而致者。亦有繼發者。其狀腰處之脊椎前曲過度。第一百二十圖 多因髀關節久屈。如胎生關節脫臼患。或因節脫而未復位。或骨折而錯接合。或髀關節有瘰症等。均爲脊柱前曲之原。以上諸患。若未治癒。則脊曲前凸之畸形亦不能改正。　暫顯此症之狀者。如孕

第一百二十圖



Fig. 120 LORDOSIS

脊曲前凸

婦或腹內生瘤、或腹肥大前凸、致背往後彎等等。或因進行性肌枯症。Progressive muscular atrophy 因腹肌弱而致。或肌假過長性癱症 Pseudo-hypertrophic paralysis 累髀淺深二肌、或他立身之肌而致。

腰骨前脫 Spondylo-listhesis 即腰椎自骶骨上移向前下。其來由因腰骶骨筍折。或因極下腰椎之弓脚與扁未長好。所以孕婦因胎之墜重令腰骨離位。其有脊曲前凸之病者。更易得之。有此病者。其體縮矮。對骶骨上顯凹。腰椎體往前凸。且有腦經痛及虛弱之虞。 治法。惟有令患者多靜臥。或以厚皮作背夾。下持於盆。上撐於腋。更用二腋杖。俾上身之重量由腋而著於盆。以減脊柱之担負。

上肢畸形 DEFORMITIES OF THE UPPER EXTREMITY

先天髆高 Congenital elevation of scapula 該髆大小如常。或微小於正常。但其位置則升高。且其下角與脊柱相距較近。附麗其上廉之肌凸顯。此肌間有變爲筋性或骨性之帶。介乎其上角與第七頸椎之間者。斜方肌之下部、及鋸大肌每有殘缺。功用約微喪失。但視各該肌之情景而定。然患側之臂。時有較小於對側者。又脊柱因此微有補償的旁曲。 治法。 將病肌割斷。若有肌變骨或

服而成帶。亦須除去。後用揉揑法及合宜體操。

翼狀髆 Winged scapula　此係髆後廉向後凸出。臂向前時。髆下角亦然。因鋸大肌及脊髆肌癱所致。緣頸第五第六腦經根、或供該肌之腦經根受傷或發炎而然。腦經根捫之或痛。　治法可用揉揑及電療法。久不見效者。以合宜之器械。或可改其畸形。

第一百二十一圖



Fig. 121 MACRODACTYLY AND SYNDACTYLY

巨大指及連皮指

手畸形 Club-hand　係手偏向一側或揚伸或屈等。常因胎生無橈骨。故手向外展。臑骨減短而彎曲。下端變濶。以便與腕骨交接。若臑橈等骨均有。則其手之畸形。大約屈而向臑側。　無論其畸形屬何類。以X光線察之。自明其骨之正確情況也。

先天指畸形 Congenital deformities of fingers　見之頗多。手足同然。其類如下。

多指又名**枝指** Polydactylism　係指趾之數加多。由一至七不等。且常係兩側相稱。嘗有一人一手十二指。一手十三指。且各足亦有十二趾焉。夫枝指每較小於常指。然亦或有等大者。尋常係與正指離開。而互相駢合者亦不少。掌骨蹠骨之數。或

無變易或與之俱增斯患每係遺傳者。治法礙事者可割去之。

(二)**殘缺指** Ectrodactylism 係欠一二指不定或指趾欠一節者因舒長未全之故亦有在子宮內受壓而被截者。

(三)**巨大指** Macrodactyly 係一指或數指趾之胎生過長其結構完全如常惟非按年齡而龐然長大耳可以截斷或除去之例如某兒右足之次趾分外長大除去之法頗形得手。

(四)**蹼指**又名**連皮指** Syndactylism 此係二指或數指互相旁連彷鵞掌形其相連之蹼有厚薄之殊患於足者可不必治因不甚礙事在手須治之。治法若相連之皮薄可用剪剪開但須防其復合癒合進行時宜將指丫即指旁之底用皮片包補或將指蹼底先開一孔待孔邊成瘢後再將所連之皮剪開倘所連之皮肉厚者則須割分兩皮片如蹼之長及指寬之半在此指掌面直割圖B在彼指背面直割圖A但兩面勿割透將彼此剖開成片除去肉蹼即將片各包各指而縫合之指丫處則另取一皮片補之第一百二十二圖

第一百二十二圖

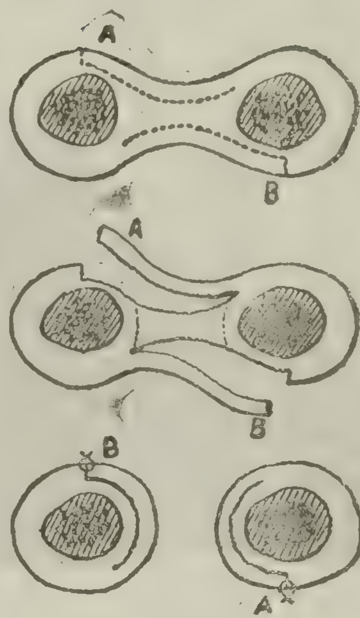


Fig. 122 OPERATION FOR SYNDACTYLY

術手之指皮連

先天指收縮 Congenital contraction of fingers 見者不甚少多係遺傳者且多在小指或兼有鉤趾之弊因掌筋膜之指中枝收縮而致後天者則係掌筋膜本體與其所發之指旁枝收縮使然且先

天類者。指之首節過伸。而第二及第三節則屈。後天者則第一及第二節屈。而第三節乃過伸。治法。用揉捏法及持以夾板。每可收效。甚者或須將掌筋膜割斷。

第一百二十三圖



Fig. 123 DUPUYTREN'S CONTRACTION

掌筋膜收縮

後天手收縮 Acquired contraction of hand　如燒傷後。因長筋瘢胭而掌縮。致牽指於掌者。則無治法。

(一)**躍指** Jerk-finger　患此者。其人試欲張手時。有一指仍屈。若以他手助使伸之。則該曲指忽躍而伸矣。近掌指關節處每畧疼。因在掌指關節之橫筋帶阻礙指之長腱或指之滑骨。間有因腱鞘袋瘤所致者。然大半係因滑骨過大。此則以X光線照之自明。治法。以無穉割術。去其阻礙之原。

(二)**鈎指** Mallet finger　此係指之末節常屈。因伸指腱膜損傷所致。治法。用夾板持於掌面。(詳第十八章)若不效。可在指背剖開。將弱腱縫連於骨。使其得力。

(三)**掌筋膜收縮** Dupuytren's contraction 此多見於中年人而素患癩症者。且男多於女。有時兩手皆然。其來由不一。如人因病扶杖而行。或常握錐者。皆能使掌發炎。其有遺傳性者亦甚有關。按病理學論。其掌筋膜因慢性炎長厚、縮小而變硬。始初掌皮下生一硬疣。約在掌最顯之橫摺(紋)處。最多者係先累及小指與無名指。久之筋䐈漸上下延佈而增硬。漸牽指向掌而固定。以至指不能伸焉。第一百二十三圖 其縮屈係限於指之首次節。第三節則仍直伸。蔽硬塊之皮遲早必與之貼合。由皮下䐈之牽引以致顯凹或摺痕。

診斷 掌筋膜收縮者易於辨明。但或誤爲胎生縮指及腱傷縮指。然腱傷縮指者。掌未變硬。且有指腱受傷或發炎之來歷。及傷之瘢痕可憑。見第十八章指腱症

治法 除割術外別無良法。(甲)以腱刀刺入皮下。橫割斷掌筋膜。倘何處有硬條。即在何處割斷。更須割斷掌中央之硬條。與其指根及指兩側之枝。隨後須用夾板支持。及被動術。(乙)以刀在皮面直割數口。將變硬之筋膜剜出。伸直其指。後上直夾板持之。以待收口。其效果較上法尤佳而持久。

下肢畸形 DEFORMITIES OF LOWER EXTREMITY

先天髀關節脫臼 Congenital dislocation of hip 此患非罕有者。然尚未確知其故。每係兩側受患。

而僅累一側者尤常。且女孩多於男孩。初生時或不注意。至能步時其狀始顯。下肢短而屈向盆。因髂腰肌(髂骶肌)之牽曳而致脊曲前凸。第一百二十四圖 如患在一側者。則脊柱顯偏曲。又股骨頭與身之中線相離。故腿與近會陰處之間。每有缺罅可見。股下端內闔過度。兩側均患者。或成剪形畸腿。病人行時。左右搖擺。而患祗一側者則尤甚。夫股骨頭居其位。祗有筋帶及肌維持之。故有時其肢能牽長一寸或二寸。小兒學步未久者。將其股骨頭置於髀盂內。令關節復位亦不難。至復位後。因祗有筋帶維持。故若遇扭傷。易起滑膜炎。

第一百二十四圖

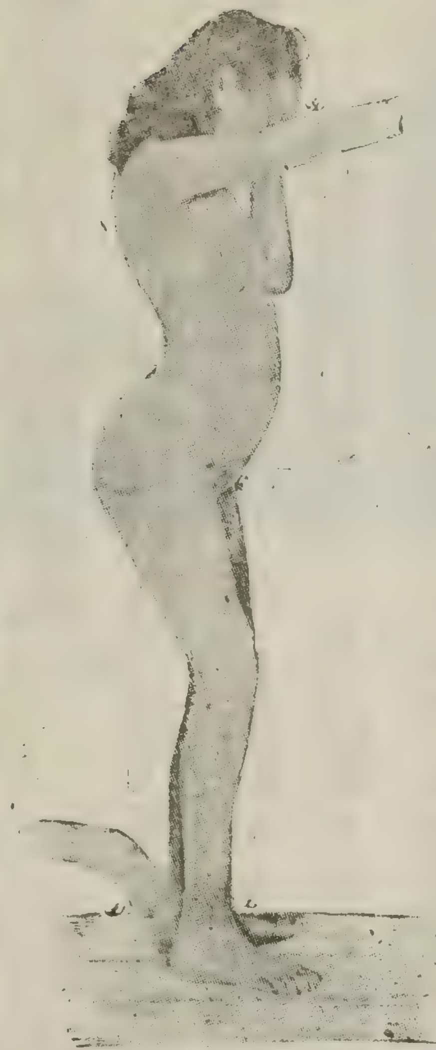


Fig. 124　CONGENITAL DISLOCATION OF BOTH HIPS IN A GIRL OF FIFTEEN YEARS SEEN FROM THE SIDE

十五歲之女先天雙髀關節脫臼

病體　按小兒已行走否而有異。初生時。股骨頭與頸之形有時無異尋常。且位近髀盂。然常見者其頭小。且其貼近髀骨之處或扁平。其頸短而欠長。髀圓筋帶長而薄。髀盂小而淺。股骨頭雖能入之。然不能留存。關節裏筋帶大。小兒已行走者。則以上各形殊異。股骨頭漸遠離髀盂。漸往後上至居於髂背。第一百二十五圖 關節裏筋帶扯上而大增厚。髀圓筋帶牽長。股骨頭之形甚變。髀盂變為三角形。此因髂段欠長。則肌有變長者有變短者矣。股骨頭在

第一百二十五圖

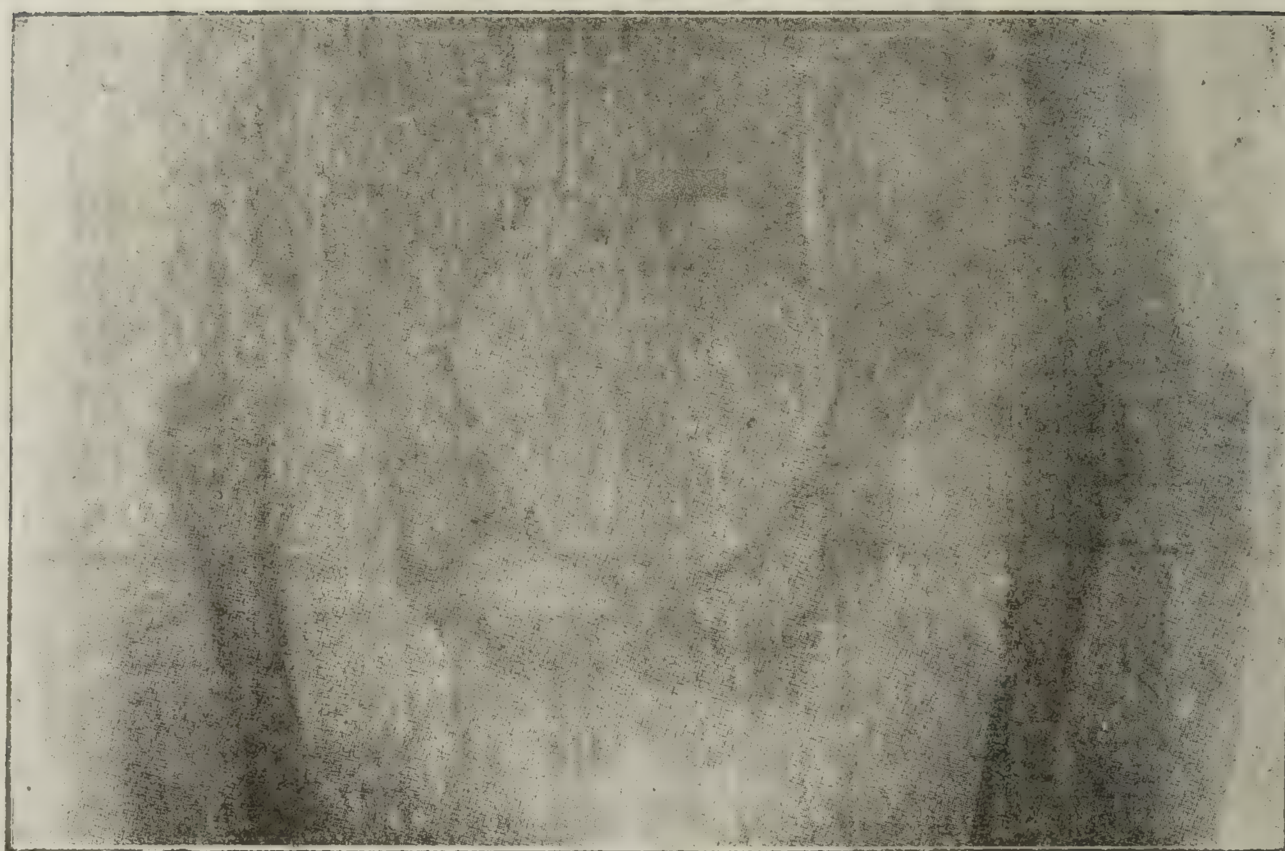


Fig. 125 SKIAGRAM OF DOUBLE CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP-JOINT

先天雙髀關節脫臼之X光線圖
可見髂無盂並股骨頭移向上

髂背處。漸能作一新髂盂。惟甚不完全耳。

治法　常候小兒至兩三歲能行時始理之。此時每日早晚。將股骨頭牽下。鑽入髂盂。並揉捏關節四周之肌。有謂早用久牽法亦可。　至五六歲者。用羅壬司氏 Lorenz 法治之。亦可冀獲其效。而患於一側者尤然。其法如下。(一)將股骨頭牽下與髂盂相齊。有謂須逐漸牽之。有謂須施蒙藥一次牽之。牽時每爲內闔肌所阻。故須多揉捏。甚或以刀割斷該肌。又須將腿力屈力伸以扯弛其前後之肌。(二)將股骨頭置入髂盂。但盂小而窄。或有關節裏筋帶之前部份蓋之。則股骨頭殊難置入。須先全屈

該肢。再用力外展復直伸而外轉。且以指在大凸後向上推之。惟不宜過於用力恐折其骨 於是股骨頭溜入髀盂。有時或可捫得股骨頭已入。惟須再牽再入。如是數次。（三）由盆至膝用石膏帶裹之未裹之先。務使大腿之勢外展。且微向外轉。而小腿則使之伸直。應裹至十或十二星期之久。且用X光線驗其股頭仍有脫否。迨十或十二星期末。再換以新石膏帶。此時、其肢不必過向外展。亦不致脫。但仍宜保存直伸及外轉之勢。至能行時。宜令小兒就此勢試行。以助股骨頭深入髀盂。先扶以杖。未幾即可不用矣。此石膏帶常須裹至六閱月。 既用上法而股骨頭仍不復位。可將股骨強向前壓至髂前上角。如此爲之。盆之傾斜狀。及脊曲前凸狀即減輕。病者行走遂畧端正矣。論及五歲至十歲者。須割開關節之前或後。將股骨頭修理如常。將髀盂刮大。至股骨頭能入爲止。若有膶緊阻。則割斷之。後將該肢外展而外轉。並就此勢夾之勿動。然不動之時期以少爲妙。如是施治。後雖關節連硬。然其步態殊勝於前也。

股骨頸過曲或曰內曲 Coxa vara

夫股骨頸本畧向上。此則變橫或曲向下。且畧縮短。而其頭變爲傘菌形。其骨膶始則軟。後則變硬。小兒患者。因骨軟症所致。青年患者約尤常。有時因童年骨軟症使然。或因擔重物或行路太多而致。間或有因骨骺脫離而未長好。或小兒股骨頸折後生接骨質而曲之故。

病狀 髀關節處疼。有跛式。股骨大凸往上。腿短約半寸至寸半。該肢往外轉。其大凸更顯凸出。

而曲股時尤然。腿難內轉。更難外展。因大凸挨近盂邊之故。屈腿時。股橫過好腿之前。若雙腿有此疾。屈則腿闔如剪式。有數狀可辨別者。即不腫。按之不痛。牽之不能如先天關節脫臼者之上下活動。且不生膿。及大凸不增厚。第一百二十六圖

第一百二十六圖



Fig. 126 COXA VARA
THE DOTTED LINES REPRESENT THE NORMAL NECK OF THE FEMUR

股骨頸過曲
斷線即無病之頸

治法 新得者。令其常常安息。以阻畸形加甚。且施揉捏法。若係小兒。久牽伸及內轉其腿。可見效。患久者。可剖開將股骨大凸下鑿斷 Sub-trochanteric osteotomy 使直。亦有將股骨頸截去一楔形塊者。迨後腿全短。可將鞋底墊高。

股骨頸過直或曰外曲 Coxa valga 此畸形與股骨頸過曲相反。尋常股骨頸與股骨幹所成之角為一百二十五度。若大於此。則為斯症。其故大約因先天關節脫臼或嬰兒癱症所致。蓋因少受身體之壓力故也。有此症者其腿每外展而外轉。若欲內轉內闔則有限。股骨大凸扁平且位置移下。治法。若須治之。必究其原。倘跛狀甚顯。可用骨刀或骨鑿於股骨大凸下鑿去楔形骨一塊。

先天膝畸形 此畸形大約因無髕骨。或髕骨舒長不全。故四頭肌之腱變厚異常。膝關節之功用究不甚失。

先天髕骨雜位 有時髕骨恒居膝關節之外側。然常見者乃髕骨間時離位。則致急性痛而滲滑液。若將肢伸直。則髕骨易復原。 此畸形之原因乃股骨外髁未長完善。或因膝關節囊過鬆。由前之原者。同時可患碰膝症。由後之原者。同時可患肌癱症也。 治法。或將關節囊及滑膜。在髕骨內側割去一分。俾其扯緊。或矯正其碰膝之弊。有將骭阜(脛骨粗隆)連麗之髕筋帶鑿去而移訂於脛骨之內面者。

碰膝又名內彎膝 Genu valgum (Knock-knee) 此係兩膝併合時。踝即展開。係小腿固定外展且畧外轉第一百二十七圖 一腿或雙腿俱患不定。惟由全身病致者。則交腿受累每多。間有此腿彎內。(碰膝)彼腿彎外者。

第一百二十七圖



Fig. 127 GENU VALGUM OF RACHITIC ORIGIN

嬰兒骨輭症所致之碰膝

此症有兩種 一小兒骨軟症而致者。一成童而得者。 小兒碰膝 Genu valgum of young children 每因骨軟症而起。係骨端之發育不規則。在關節內側者過長。間或脛骨股骨皆然。但累股骨者尤多。夫該肢之軸線既變。則身體之重量將強半著於膝節之外分。而阻礙該側之發育矣。至於

骨軟性股骨幹向前外曲。亦屬要因。而擧步過早者更易致之。

童年礙膝 Genu valgum of adolescents 約在弱冠以下身體軟弱者。而負重担者尤然。例如血虧之女而厠保姆之役。及童年而充泥水匠。鍛冶工。挑夫等。皆易致此。其得症之由如下。就端直之姿勢論。股骨對於脛骨本非垂直。而有若許之角度。因此、股骨外髁之担負較內者爲重。而內髁更長長。爲使關節面平。且內旁筋帶過用力而張緊。倘日久如此站立。足以疲勞該肢內側之肌而易致扯鬆。若加以負荷重物。自屬尤然。而格外見之於骨速長長而肌與筋之力尚未同一增進者。則膝之內旁筋帶俱與扯鬆。而膝關節每能旁動也。隨之外髁因受壓過重而枯瘦。內髁則由過長而增長。脊柱旁曲及扁平足。亦常與此症同顯。扁平足每因筋帶弛緩所致。而脊柱旁曲則純然屬一側之膝有患而補償者。　礙膝亦有因受傷所致者。如股骨或脛骨近關節處折。或關節旁脫臼間或因骨骺受傷或病而消瘦所致。又有腿長者因久騎馬而致此。腿短者則反是。盖易得腿外彎也。

體徵　(甲)股骨內髁向內凸出。但髁之前後不甚凸。故屈膝節而畸形不見。(乙)骭阜(脛骨粗隆)及股骨外髁因多任體重之壓而枯瘦。(丙)膝關節內側之肌腘及筋帶弛緩。但久則不盡如此。(丁)膝關節外側諸筋帶及腱皆縮短。而外旁筋帶、髂骭帶及腿雙頭肌腱更如此。(戊)髕骨歪向外側。甚者或時向外脫。(己)由骨軟症起者。脛骨內側距膝二三寸處。每有骨性之阜可捫得。約由內旁韌帶附麗之處曾患骨衣炎所致。　其足向外偏或向內偏。以視如何最便立足耳。大小腿

之骨每曲。若一腿彎。脊柱亦或被累而旁曲。劇者行走如鴨。兩膝每步時相碰。

治法 若係骨軟症致者。照療骨軟症法治之。予以易化合宜之食物。內服補劑。即鐵硫强礬等類。宜睡臥。施揉捏法。許久爲之。直待改正。若係絕乳能走之兒。可用上抵腰或腋。下齊脚或出脚下之夾板夾於腿外。再以水玻（砂强礬水）帶 Water-glass bandage 裹緊。使兩膝向外。至數月可瘉。童年碰膝。宜服補劑。如鐵砒等。兼常安逸。及施揉捏法。若能居山或海濱以得清氣更妙。患久者。病人行走可用夾板持之。夾板係鐵條。傍膝有樞紐。置於腿旁。下端定於鞋底。上端連於繞盆之濶皮帶。沿鐵條以有軟墊之皮帶纏之。對膝關節則纏一最濶者。以保護內髁。將各帶繫緊。腿遂外向鐵條矣。（施此法之先若割斷外側之緊腘則肢更易直）若年久而骨堅硬。另有一割術可用。離股骨外髁上廉上。約一指寬處橫割。遂不致有傷骺腘。有馬克文氏 Macewen 者。用截骨刀 Osteotome 爲之。先在闊大肌腱前割半寸之口。將骨刀順口入內。轉之使刀刃橫對骨幹之直軸。而截斷骨徑四分之三。再以兩手斷其餘分。又有多人喜用鋸鋸之。收效一。而手續簡。肢已伸直。或即裹以石膏帶。或先持以古氏夾板 Gooch's splint 俟刀口瘉合。然後裹石膏帶。閱六星期。骨已接續。但仍須夾持三閱月之久。間有由骨軟症致者。或須先截斷脛腓二骨。此二骨瘉後。酌勢再截股骨。

雙腿外彎 又名外彎膝 Genu varum (Bow-leg) 此患較少。其狀乃兩膝固定分離。而踝貼近。其要因有三。（一）常乘馬者。（二）股骨內髁受傷者。（三）骨軟症股骨幹彎向外。或脛骨亦然。此患係兩腿

俱彎向外間有一腿彎向外而一腿彎向內者。治法。新起者以夾板持之。患久者或在膝上僅截股骨。或割去股骨一楔形塊。使其伸直。

雙膝後彎 又名後彎膝 Genu recurvatum (Back-knee) 此係膝伸過度。而有膝前凹而後凸之形。膝叉筋帶過鬆。每爲先天之患。如因在子宮時。其下肢不屈而向上伸所致。亦有因伸肌癱者。病者須膝過伸方能站穩。漸致膝後筋帶弛緩而畸形以成。或因骨骺處患癆症及腦病性關節症（沙柯氏症 Charcot's disease）等。而骨長不規則所致。亦有因習演戲術而致者。治法須酌病療之。

骨軟性腿骨畸形 此多因小兒患骨軟症時。任令行走所致。若小腿大腿均受累。則成外彎之畸形。雙膝遠離而向前凸過顯。股骨彎向前外。其上中份之交點特甚。或因此而致自折。脛腓二骨或共同單獨受累不定。骨往前凸過顯。且有或輕或重之內闔或外展。二骨之前廉快利。兩邊平扁。後凹處則更長骨以補助支持。迨後變極堅硬。

治法 初期時令病者休息。兼調理全身。且用合宜之夾板以減其畸形。若股骨受累甚。可用特別夾板。（略似多馬氏夾）上圍於盆。俾體重循腿旁鐵條（夾板）而著地。兼可由此令腿恒伸。患最甚者。可施割術。但宜俟各進行性病狀全過而後爲之。其法將骨最曲凸之處橫截。或須將骨剜去一楔形塊。割後須小心照料。持以合宜夾板。倘所截者爲股骨。尤宜防其再變畸形。脛腓二骨亦有由先天罹成彎形者。但狀顯每較骨軟症者遲。且多係骨衣下生新骨而非眞曲。又脛骨前廉鈍而非利。其彎乃往

前後。絕無旁曲。且每在中段。非若骨軟症者之或在上或近下端也。

畸足 TALIPES (*Club-foot*)

畸形足係由肌、筋帶或骨有缺欠而致。其離位多在踝關節及跗中關節。

病原　有先天後天之分。先天畸形 Congenital talipes 有因足末骨長全或無脛腓二骨之下端。或在胎時因腦病性癱瘓甚罕所致。又有因母之胎包膜液缺少子宮肌壓胎之足致成內翻畸足。胎在子宮內、原來其腿屈而足內翻若兼被子宮所壓故更易成畸形　腰脊缺有兼顯內翻畸足者。此或因腦司所有病而致也。先天畸足。多係祖傳例如一家數人皆然。或遺傳數代。

後天畸足 Acquired talipes　係伸屈二類肌之力不均。肌力之大者牽扯該足而致畸形。其由有數。(甲)最多者腦病而致癱。在幼兒則因嬰癱(脊腦前角炎) Polio-myelitis anterior 所致。成人間或亦然。(乙)肌患汎佈性膿炎或被湯火等傷。至後成痕而縮短。或因脛骨死或癆。致脛骨前肌或後肌鞘生瘴迫後縮短成內翻足。(丙)年老者因慢筋性肌炎。肌縮皺而致畸形。(丁)因小腿腦經幹有病而致。若病在顱內腦經。則致仰趾外翻足。Talipes calcaneo-valgus　病在顱外腦經。則致馬蹄內翻足。Talipes equino-varus　但非甚顯耳。(戊)脊腦變硬病。間或致痙攣性畸足。Spastic talipes　(己)膝關節或

第一百二十八圖

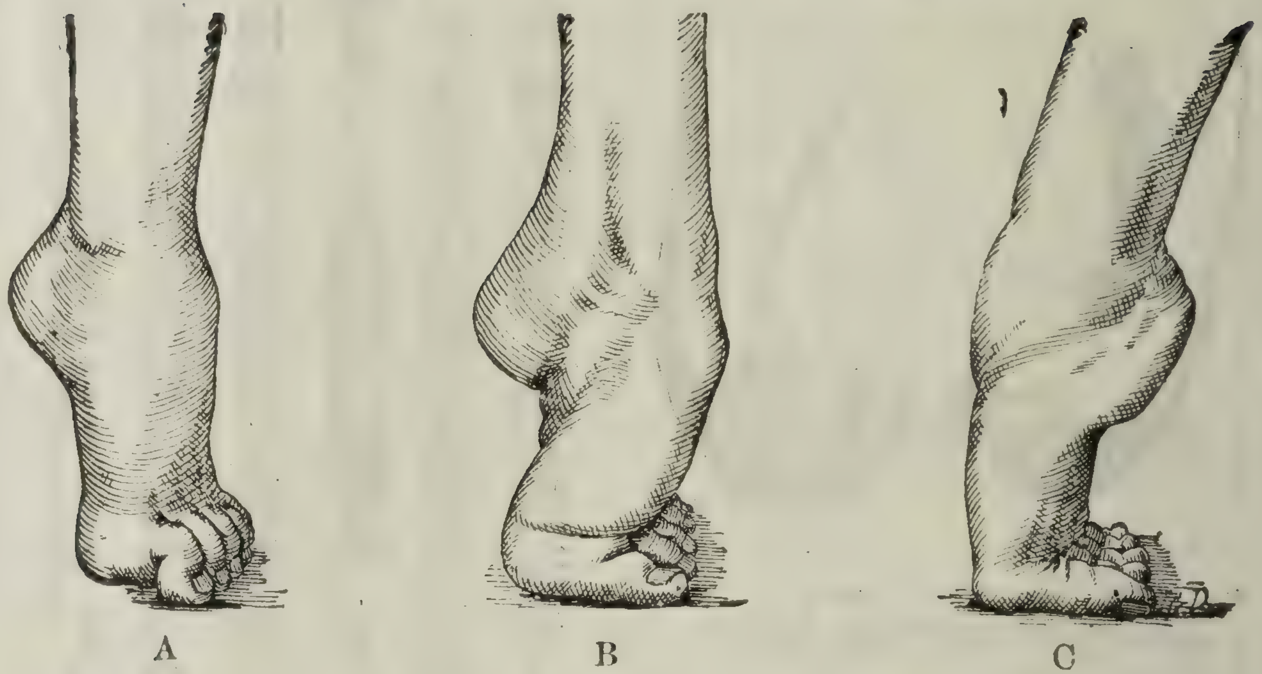


Fig. 128 VARIOUS FORMS OF TALIPES EQUINUS

馬蹄足三種

髀關節有病。而致該肢短。亦能致補償的馬蹄足。脛骨或腓骨之骺有一受損傷或病症。致停止其發育。而無病之一骨繼續增長。勢遂不均。致有內翻或外翻之畸形。(庚)有醫者以爲扁平足與外翻足大同小異。(辛)有人病臥日久。其足久受被褥之壓。致成畸形。若中國婦女纏足使短與馬蹄形無異

種類 畸足分四大類。(一)馬蹄足。(二)仰趾足。(三)內翻足。(四)外翻足。 此外二種兼顯者亦不少。如馬蹄內翻足。馬蹄外翻足、或仰趾外翻足是也。

馬蹄足 Talipes equinus 多係後天者。每由伸肌癱。如嬰癱或脛骨前腦經受傷。隨後腓淺深二肌縮而踵腱張緊所致。或因病人久臥。受被褥之壓。足久直而不得上屈。或由髀關節病後使該肢短。致足尖落地行走皆是也。 輕者其足祇能伸成

正角。不能再向上屈。重者踵被扯上。用蹠骨頭及趾着地行走。第一百二十八圖AB 因癱而疎忽者。其趾有時向足底而屈。行走以趾背踐地。第一百二十八圖C 甚或全足背向下。距骨脫向前。僅其關節面之後部與脛骨相接。癱類者其蹠骨頭及舟骨在皮下向前凸出。以上各類。其足底因蹠筋膜及蹠短肌縮而變短。且微內翻。皮被重壓而生胼胝。其下或生新滑囊。如見之於蹠骨頭下是也。

內翻足又名馬蹄內翻足 Talipes varus (Equino-varus) 係胎生類之最常見者。每係兩足皆翻。且或兼有先天的缺唇或缺脊等。其由後天者。或因嬰癱而累伸肌及腓蹠肌，亦有因此等肌患原發痙攣性縮而致者。 其足跟扯往上。足往內彎。故足內面更凹而外面更凸。第一百二十九圖 蹠舟二骨關節處顯一橫槽。且另生滑囊以墊方骨。患重者。當站立時足背外畔踐地。足底移位而翻轉。且或顯縱紋。因外側之蹠骨擠攏也。距骨頸變長而向內側彎。舟骨歪近內踝。踵骨及他跗骨亦畧歪而變形。伸趾肌腱向內。足內側諸筋帶。如三角筋帶之前部及踵舟下筋帶、蹠長短筋帶等均縮短。蹠骨之形亦變。

第一百二十九圖



Fig. 129 DOUBLE TALIPES EQUINO-VARUS OF CONGENITAL ORIGIN

先天雙足內翻

內翻畸足之由先天或癱致者。列表辨別之。

仰趾足 Talipes calcaneus 由先天或後天所致不定。先天者（第一百三十圖）伸趾肌腱縮緊。趾牽向上足底向前。故僅踵着地。有時該足或兼偏內或偏外。至成所謂仰趾內翻或外翻畸足。後天者多因腓淺深肌癱。間有因施截腱術後。踵腱被扯過鬆所致。足之縱弓過顯。一部分因脚跟生脂過厚。然强半因足之前部自跗蹠關節而下垂所致。

外翻足 Talipes valgus 除兼顯馬蹄外翻足外。先天者蓋少。該足向外展而翻。因腓蹠長短肌縮所致。足底變平。足之內廉踐地。（第一百三十一圖）行走後殊痛。間或有因無腓骨而致此者。後天者非罕見。因脛骨肌癱。或腓蹠肌强直性痙攣所致。此畸形頗與扁平足相似。

診斷 畸足之原。雖每不易斷定。然其類別則診斷匪難。因癱致者。該肢每消瘦。色紫。捫之有冷汗。因養育的欠缺而致潰瘍者不少。腦經有病者尤然。其

分類表

	胎生者	癱致者
病歷	出世即有	逾二三年始有 由瘜瘢發熱而始顯
累足	兩足皆無	多累一足
血運	如常	血運弱皮冷而出冷汗
肌	肌不甚枯	肌枯甚
電應	不甚變	癱肌不應
蹠紋骨生長	有如常	無欠長

肌枯。且多累肢 先天者多係兩肢受累。生出即顯。試欲改正其畸勢。頗有阻力可覺。且該肢之養

第一百三十圖



Fig. 130 CONGENITAL TALIPES CALCANEUS

先天仰趾足

第一百三十一圖



Fig. 131 ACQUIRED TALIPES VALGUS

後天外翻足

育殊佳。無論如何。始初總無失養的損害。痙攣致者。爲多

馬蹄足 他處亦每顯痙攣或肌收縮之患。可爲診斷之佐證。且電反應過敏。病者步態特別。該肌始緊縮。後或漸消瘦。

治法 不易。須細心耐煩照料。先天者宜及早施治。爲保姆者宜時關注其足。使有合宜之式。日常施揉捏法。並宜有醫士。每星期二三次用力改正之。且揉捏該肢之患側。肌癱者初期可用揉捏法及電氣治療。稍久者可用合式夾板約可救正。倘無效。可割斷其縮短之腱及筋帶、筋膜等。若最甚。可施割取跗骨術。

馬蹄足 若因髀關節病所致。可不必治。他病而致之早程。可施撒耳氏 Sayre 夾板治法。(第一百三十二圖)係對足底置木一方。使畧出趾之上。自其前端貼以貼膏一條。膏條上連膝下。以帶縛牢。每日將帶下裹少許。使膏條之牽力日增。足遂漸伸矣。患甚者。可施截踵腱術。間或須兼斷足底之筋膜。甚劇或截腱無效者。可剜取蹠骨。收效絕佳。

先天馬蹄內翻足

在早期內。可用金類夾板二片。一對足底。一持小腿。中連一銅條。(第一百三十三圖)先裹定對足

第一百三十二圖

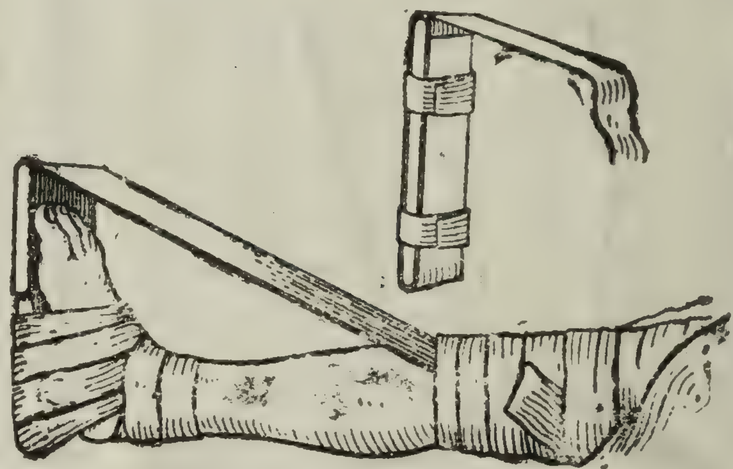


Fig. 132 SAYRE'S APPARATUS FOR TALIPES EQUINUS. THE UPPER FIGURE SHOWS HOW THE STRAPPING IS FIXED TO THE PLANTAR SPLINT

治馬蹄足之夾板

底之片。將足之畸勢愈改正愈善。然後將持小腿之片纏牢。每星期將對足底者上屈少許。直至畸形全正。又法。以石膏包裹。數日更換一次。每次矯正少許亦佳。間有須先斷踵腱及蹠筋膜者。若患久。可施蒙藥用力矯正該足。或有萬不得已。割斷脛肌腱及足內側張緊之筋帶。以助成此種辦法。該足用石膏帶包裹五六星期。未行走之先。須行使揉捏法及適宜之操練。倘兒已屆二三歲。骨堅而難治。有兩要法可施如下。(一)割去跗骨術。Tarsectomy 在足外側割半月形之刀口。將皮下諸厚胭、滑囊、皆去之。且剝開其伸肌腱。用鑿鑿去跗骨楔形一塊。須底在外而尖在內。鑿時、不必慮碍跗關節。但若能在足背成正角形而鑿之則妙。大約須將踱骨頭及踵骨之大半皆去之。然後可使足正。將刀口縫好。持以夾板。後裹以石膏帶七八星期。此割術之結

第一百三十三圖

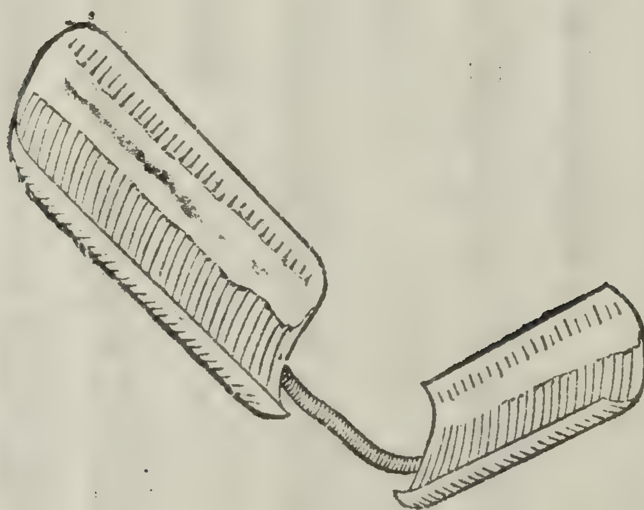


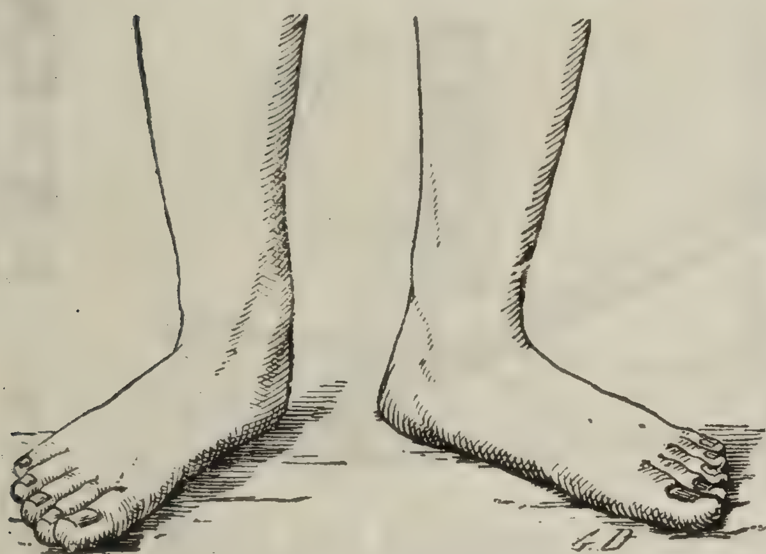
Fig. 133 MALLEABLE SPLINT FOR THE TREATMENT OF CONGENITAL TALIPES EQUINO-VARUS

治先天馬蹄內翻足之夾板

局甚善。雖足較前畧短。而站立之功則與無恙者同。（二）斐勒司氏割術 Phelps' operation 在足內側由內踝尖起。往下直割一口。腱與筋帶俱割斷。跗蹠關節亦每割開。將足扶正。刀口不縫。待生肉芽而癒。後施補皮法。此法之結局其初雖佳。但後成瘢時。畸形易復顯且癒後蹠弓喪失。每須以物墊之。若是則究不如前法之爲尤善。

癱致之內翻足 此無論用何法。足仍柔軟。當用特別鞋。以二鐵條夾小腿。助足立穩。或將脛前肌腱自足內側而移於外側。或可稍改其畸形。最甚者、可將踝關節之肕割去。使該節賴骨相連。庶可站穩。

先天仰趾足 可將伸肌腱割斷或扯長。癱致者。常穿特別之鞋。若踵腱薄而弱。可割去一段。續其兩端而縫之。或將腱附麗踵骨處之骨鋸去一小塊。畧扯下用釘釘於原處下。使其相連。然癱致者。無論何法。難期大效。



第一百三十四圖

Fig. 134 FLAT-FOOT

扁平足

外翻足 用特別之鞋而無益者。可割斷腓蹠肌腱。或用大力將足規正。而繼以石膏帶裹之。有由足內側割去跗骨楔形一塊者。但非甚佳耳。

扁平足又名**平蹠足** Flat foot (Pes planus) 此多見之於少年人。體弱而疲勞或常負重物 者。如店夥幼年保姆等是也。在黑人中天然有者最多。足長者較短者易有。亦有因由高處落地。將踵舟骨下筋帶破斷、或蹠骨頸或踵骨內阜折所致者。曰傷性扁平足。Traumatic

flat foot

病體　大半係跟舟骨下筋帶鬆弛。故足弓下墜。且脛後肌腱及其筋膜、與蹠筋膜、足底短肌等皆弛。有時少年人骨長甚速。而肌及筋帶緩長。故易受扯扭。倘負担過重。或立時過久。則尤易致之。因踵舟筋帶弛緩。故蹼骨頭落下。足前段在跗蹠關節向外展。而平足以成。脛後肌每弛緩。甚或畧癱。腓蹠肌腱卒則收縮。又踵舟骨下筋帶間或因白濁性炎而弛緩。不能任體重而致此者。　此畸形之特殊狀如下。第一百三十四圖　蹠弓平塌。甚者全足落地。足內側凸而畧長。前段外展。蹼骨頭在內踝前下畧可捫。踵骨小阜 Sustentaculum tali 因畸形所蔽。故不見。舟骨內阜亦不顯。而居蹼骨頭之下前。畸形初起。病者覺足踝及小腿之內側疲弱。行走後尤甚。後則行路不便。且痛。其痛不獨在脚底即對足背之蹼舟關節亦然。間或踇之蹠趾關節最痛。由慢性炎而變大。

治法　初起宜歇息。俾受累之肌及筋帶復原。且施揉捏法。服補身之藥。鞋頭當寬大。而鞋跟不可過厚。有時鞋跟內側可畧墊高。行走站立不使足尖轉外。宜向前或畧向內　坐時盤其腿。使足向內側。又習翹足式體操。足尖向內使脚後跟一起一落　初習每次只少頃。漸可延長時間。使肌增力。病久者可用戈丁比德氏吊帶 Golding-Bird's sling 第一百三十五六兩圖　兜住蹠弓。或以鋼拱墊起蹠弓。然此祇能扶持該足。究不能治瘉畸形。且此器必與患者之足形最恰方合。畸形久而揉捏罔效者。施蒙藥。用力以手將足前段力曲向內後。使足形更正。有時先將腓蹠肌腱割斷。而後改正畸形。包以石膏帶數星期。而收效殊佳。患

第一百三十五圖



Fig. 135 MR. GOLDING-BIRD'S SLING OF SOFT WEBBING FOR SUPPORTING THE ARCH OF THE FOOT

戈丁比德氏兜蹠弓之吊帶

極劇者。可在足內側將跗骨剜去一楔形塊。俾蹠舟關節强直亦佳。隨後施揉捏法及體操。足弓仍以墊墊之。

弓足又名**蹠弓過深** Pes cavus (Hollow foot) 係蹠弓過深而足背過凸。蹠骨頭向下凸顯。其下每生胼胝而致痛。此畸形大約同時亦罣患馬蹄足。第一百二十八圖B 其原大抵因伸趾肌弱。而身體之重量著於足之前段。足底之小屈肌則收縮致令脚跟落地。故蹠弓過深也。癱致之仰趾畸足亦有時兼顯此形。治法。初期可用揉捏法使小腿伸肌强。或兼以夾板持足底即瘉。劇者須截踵腱及割斷縮短之蹠筋膜。馬蹄式既改。則趾之畸形自無矣。

纏足 Foot-binding 纏足之狀 纏足之大小長短不一。以婦人之貴賤及各地之風俗而殊。其纏成者。由足跟至踇尖。約有三寸至四五寸不等。在蹠底有深溝。將足分為前後兩段。前段形尖如三角。尖向前而底向後。後段形圓。此為纏成者大概之形狀也。站立時。身之重力壓足之兩端。將踇及第二三趾皆移向外。其第二三趾蹠關節均屈而不伸。第四五趾皆移向內側而甚屈。從上面視之。幾不能見。除踇外。其餘趾關節皆不能動。並踝關節轉動之巧亦減。足背之皮因乏養育之功而甚薄。然足跟後端之表皮則甚厚。小腿諸肌因踝關節少動。失於調養而甚柔弱。若剖解之。或用X光驗之。可見踵骨大變原狀。其後端與脛骨相平。不似未纏足者與脛骨作成正角也。身體之重量壓於踵腱。其附麗之處乃踵骨後面也。因踵骨變形而足

第一百三十七圖

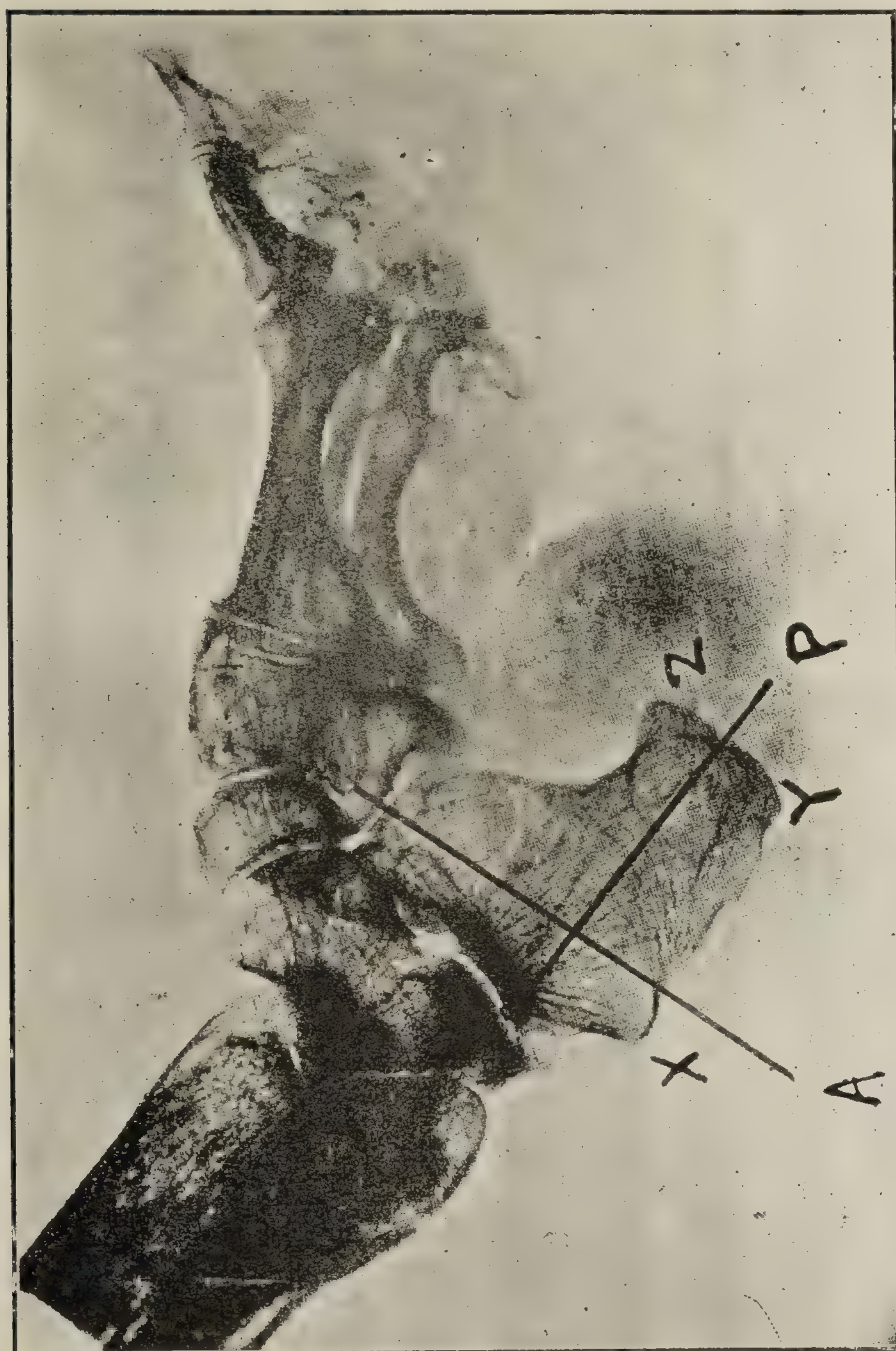


Fig. 137 X-RAY OF BOUND FOOT FROM SIDE
A AXIS OF ANTERIOR HALF OF OS CALCIS
P AXIS OF POSTERIOR HALF OF OS CALCIS

纏足用X光線從旁面照其骨形之圖
A踵骨前半之軸
P踵骨後半之軸

第一百三十六圖

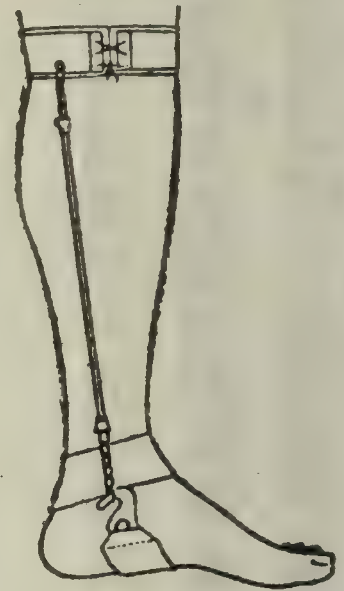


Fig. 136 THE SLING APPLIED

吊帶上好之式

背弓尤凸。畸形之原由。因骨骺被纏帶從前向後緊縛。致骺離位而漸麗於骨下面之故也。人未及十歲之先。其踵骨骺不顯。至於成人以後。此骺則與踵骨聯合爲一。但幼女未生骺以前。爲母者已將其緊縛。不令稍鬆。故纏足者踵骨骺終身不能顯也。幼孩之足。若纏至數年。其足趾已顯畸形。但足底微有橫溝。即足背弓亦不甚凸。觀X光線所映之圖。則見跗蹠諸骨亦離其位。更令舟骨伸向上。故在踝前有凸形甚顯。蹠跗諸骨若離位。則其排列之狀斜而微直。踇趾因緊纏而向外。但仍直伸或微上仰。其餘四趾。則屈於足前段之下。受壓而消瘦。伏捲於足底。儼若附屬物。其蹠趾關節皆甚屈。第一百三十七圖

治法 幼年初纏而畸形未成者。舒放甚易。若在中年婦女。則依纏時之久暫與緊鬆爲斷。大概祗可使其舒展。不能復其本原也。凡欲放足。須將纏帶盡去。而著畧鬆之線織襪或細布襪。令兩足能自舒展。逾數星期。則鞋與襪皆宜漸次放大。且每日用熱水浸洗。又用揉捏及被動法。以舒暢其筋骨。復令勤於運動。俾血脈流通。年幼者更宜如此。若再常用瑞典國體操法。以活動其肢體。則更佳矣。

硬踇或名**曲踇** Hallux rigidus or Hallux flexus 此患頗痛。係踇之蹠趾關節患慢性炎而致。多見於青年男子而有平蹠足者。該足長而血運欠缺。踇之首節或屈而末節過伸。大抵因著履窄短受壓而成。治法。先改正平蹠足之弊。及穿合宜之鞋。不效。則善爲貼以司柯忒氏法(錄雜貼膏) Scott's dressing 甚者或將蹠骨頭割去。

踻外偏 Hallux valgus　此係踻趾偏向外側。他趾亦互相擠軋。甚者踻趾且壓於他趾之上。或匿居其下。多由所著之履不合式。而致蹠趾關節患慢性炎。諸闊肌之力畧大而畸形以成也。第一蹠骨頭。因踻趾之位與之微離。及受履之壓而發炎。故其結構及形式亦變。與此畸形併發者。有兩患焉。曰踻球滑囊症及鉤趾。

第一百三十八圖



Fig. 138 HALLUX VALGUS WITH BUNION

踻外偏並滑囊症

踻滑囊症 Bunion 係對第一蹠骨頭之內側生一滑囊。該囊因損害等而發炎。甚或成膿。有時膿通關節。致關節壞。滑囊之下每生骨阜。此因骨衣炎所致。（第一百三十八圖）

治法　新得者。須着以合宜之鞋。鞋頭當寬大。襪似手套。使踻趾與次趾隔離。甚者將第一蹠骨頭割去。其法在足內側對蹠頭割弓形之口。（弓背向前）將皮片翻上。鑿去蹠骨頭。令踻趾復其正當之位。然後將皮片放下。量勢剪短接合。滑囊發炎者。須除去壓之之物。且敷以濕熱敷袱。若關節受累生膿。可割除蹠骨頭或截其踻。患較輕者。祗須割除厚囊及鑿去骨之凸突部分。

鉤趾 Hammer-toe　此係趾之首節過伸。次節屈甚而成銳角。末節則或屈或伸不定。故第一趾間關節上凸。被鞋所壓。而以趾尖甚或趾甲接觸鞋底。受壓之處則生胼胝。1 2 3（第一百三十九圖）而更於趾

首節之頭之背生一皮下滑囊。見圖4 故甚痛而不便於行。受累者每為第二趾。蹞亦間或有之。伸趾肌腱在皮下甚顯。趾之第二節甚屈至畧脫位。蹠筋膜之在趾兩旁者甚縮短。趾旁筋帶之下分亦然。 病原。先天者少。後天者多。如因(甲)繼蹞趾外偏而起。(乙)鞋短而頭尖。或鞋跟過高。令趾緊軋所致。(丙)蹠筋膜縮短。且兼患弓足或馬蹄足而致此。 治法。初起着以合宜之履。冀可改正。已甚者。非割去趾骨首節之頭則無益。法在該關節上割一直口。將伸趾腱分開。以骨銼撬出骨。再以骨剪剪去趾骨第一節之頭。用敷料裹正其位。無庸上夾。有時蹞及第三趾相距過密。似無餘隙以容畸趾。則以截去畸趾為善。

第一百三十九圖

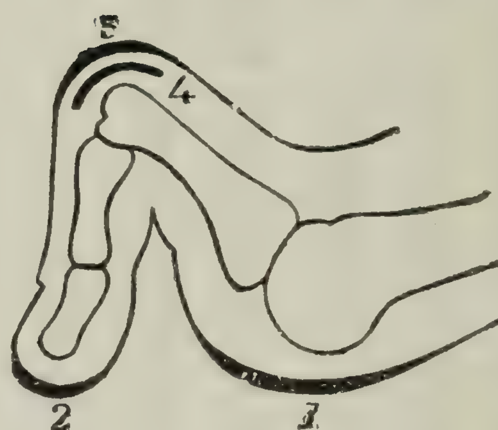


Fig. 139 HAMMER-TOE

鈎趾

1 蹠頭下胼胝
2 趾尖下胼胝
3 趾首節頭上胼胝
4 趾首節頭上滑囊

蹠痛 Metatarsalgia (Morton's disease) 所顯者初為一或數蹠骨之頭發腦經痛樣之痛。其痛每在第四蹠骨而射向上下。多因夙有癲或痺而起。損傷或亦能致之。足微扁平而著履過緊者。約為致此之導線。大抵因蹠骨頭壓趾腦經所致。該足較常寬。蹠骨頭所成之足前橫弓變平。蹠頭下生顯著之胼胝或釘胼。間有自蹠頭生小骨阜者。亦有在皮下胭生筋疣者。顯周圍梢末腦經炎者亦或有之。其痛為陣性類。約由行走而引發。壓蹠骨底之旁。痛每減輕。壓其頭之側。則痛反增。附鄰關節中間。

或有患骨性關節炎者。治法。安逸該足。服食藥物。須謀所以抵制癱瘓之趨向。三五星期後。令病者可再行走。鞋跟宜低。而底宜厚。頭宜寬。若足扁平。可墊足弓墊。又須療足底之胼胝。且用氈一橫條。（厚四分寸之一）墊蹠骨頭之後。以減免蹠頭之壓。患劇者。可在蹠背直割一口。（與伸腱平行）將凸突之蹠骨頭割去。

第二十章 骨傷 骨折 INJURIES OF BONES—FRACTURES

痏傷 Contusion 骨及骨衣有此。無關緊要。不過暫時腫痛而已。間或患癩痹癯等症者。骨受痏傷。骨衣則發炎。亦有素弱者。無抵穉毒之力。甫遇此傷。即生急染性骨衣炎。Acute infective periostitis 或骨髓炎。Osteomyelitis 以致骨死。

治法 若僅有痏傷。可用冷水及冰敷之。如骨衣過厚。可服鋏氯鹽。並以氯酒搽於患處。

骨屈曲 Bending 有曲而折者。有曲而不折者。然曲而不折多係小兒患之。若成童之年患此疾者。蓋多因骨先有病之故也。而平素常見者。多係骨折而不斷。(半面折)名屈曲骨折。偏折性骨折或名嫩枝性骨折 Greenstick fracture 此等易治。

骨折 FRACTURES

係骨胴偶受外來之強力。使骨分斷。謂之骨折。

骨折素因 Predisposing causes of fracture 視其年齡則悉其骨之能否折斷。二歲至四歲骨折者。多因孩童不能穩立。四歲至六歲骨折者。其骨易曲而成屈曲骨折。若近骨關節處受傷。則脫骺者必多。六歲以上。骨折較多。再往上者。而骨折又易也。蓋因骨脆也。

以人類論之。孩提中男多於女。至男女四五歲時則相埒。五歲至四十五歲。男較多於女。過四十五歲。則女又多於男。因婦女易得橈骨下段折。或股骨頸折也。

骨病（一）枯骨最易折。如老年人股骨頸脆。或其骨久不用。或患癱。或關節強直。其骨難動。骨則枯。故易折。（二）間或人有腦經病。如癲癱症者。Paralysis of the insane 其骨皆易折。（三）脆骨症。Fragilitas ossium 其骨脆易折、此患亦有遺傳者。（四）骨軟類。如少年骨軟症。Rickets 老年骨軟症 Osteo-malacia 是也。骨生瘤（如疕或疽）或骨腐。或骨死。皆能使骨易折。

惹因 Exciting causes 其原有三。（一）直接傷。Direct violence 乃骨折斷於受傷之處。其骨或橫折。或碎折不定。（二）間接傷。Indirect violence 譬如擊足而折脛骨謂之間接 或有自高墜下。而股骨或脛骨折斷相插。（三）因肌力過度。將骨阜扯折者。或扯折髕骨者。或因拋重物。使折斷髃骨或肱骨者。

子宮內胎骨折 Intra-uterine fractures 胎在子宮內時。孕婦之腹被打傷。或因子宮縮力過大而致。但大約因胎包膜液缺欠。使胎易受傷。所成之畸形則甚重。

產時嬰兒骨折 Obstetric fractures 因接生者用力太猛所致。大約股骨及肱骨多受累。

骨折分類 **單純骨折**又名**皮下骨折**或**未穿皮骨折** Simple or subcutaneous fracture 即骨折而皮不破。外面之空氣不能透入。**複雜骨折**又名**穿破骨折**或**穿皮骨折** Compound fracture 乃皮破而有空氣透至骨折處。亦有皮不破而洄膜破者。如額骨或顱底被折。致通深穴。

第一百四十圖

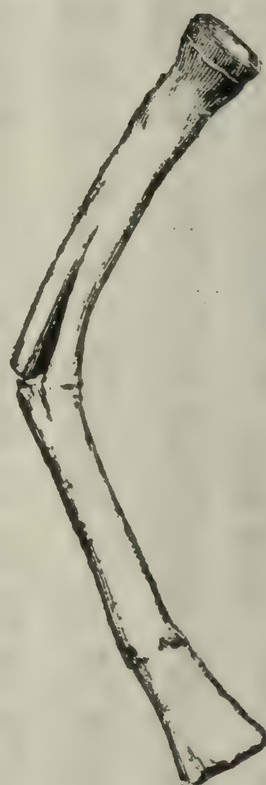


Fig. 140 GREENSTICK FRACTURE OF RADIUS

橈骨屈曲骨折

不完全骨折 Incomplete fractures 有半折半曲者。即如屈曲骨折而不斷祇係小兒得之第一百四十圖 有顱骨被擊。其骨內層折。而外層凹而不折。

完全骨折 Complete fractures 有數類。如骨裂折。橫折。斜折。或螺折。直折。亦有骨碎折。或相插折。或數處斷折。以致累肌或關節或動脈或腦經等物。

骺脫離 Separation of epiphysis 此傷二十二歲以下者有之。乃因骨上下段遇强力所致。若先有病。如先天瘰或急性骨髓炎。或瘰症。骺更易於脫離。多得此患者。惟股、肱、橈、三骨也。骺與骨幹相脫。其間之胍。多連於骺。多有骨衣與骨相離。而骨衣未破。故骨雖脫。仍可相連。有時骨衣破半邊。則骨之斷頭凸出骨衣外。難以使凸出者復其位。 骨折斷之後。其骨兩端均生接骨質 Callus 以相接。然間或有幹不甚長。而兩肢則有不齊之憂。亦有因小兒軟弱。骨折後生膿者。有時骺受傷。惟畧鬆弛而不脫。其骨雖能痊。如不善治之恐生瘰。阻碍骨之舒長。其狀乃近骺處腫而疼。但關節不受累。此當以石膏包之乃可漸瘉。

骨折形狀 受傷者。自言當傷時。似覺有物斷。或聽有骨斷之聲。且傷處甚痛。動之尤痛。查視時

其狀有五。述之於下。(一)受傷處有痛狀。如痛腫。因膶破流血。有時腫大難以辨其骨斷否。有者皮生皰傷處之皮色變紫。或紅黃。因有血滲入連膶中。或後變筋膶而有粘貼之弊。故有醫者謂開孔放液有益。骨折而皮不破生膿者少。但人若虛弱。其抵穊力少。或有此事。

(二)將骨折處執其兩端。可畧搖動。倘二骨相插。則搖之不動。

(三)其一肢之功用畧失或全失。

(四)有擦聲。Crepitus 若執折斷之骨彼此輕動。即有擦聲。若折端甚相離。其擦聲則無。

(五)肢之畸形。其原因有三。(甲)在傷之輕重。重則有畸形。輕則不甚顯。(乙)肢之重量。使墜成畸形。(丙)肌縮或誤動折處。致畸形加甚。橫折者畸形小。斜折者畸形大。故間接力所致之折。骨之移位必較甚也。其移位之狀。厥有數類。述之於下。(一)爲角形。此因大有力之肌縮力不齊也。(二)爲傍錯。乃其骨向左或右移位。此等狀多見於橫折者。(三)爲重疊。乃此端疊於彼端之上。致肢較短。亦有兩端相離者。如髕骨折時。四頭肌縮緊。以致折處相離。且有絞轉者。如股骨折時。因腿之原重使肢外轉。致所折之下段亦隨之向外。至於扁骨折。如顱骨等處。其畸形凸出凹入不等。

X光照法　此法大有辨明骨折及療治骨折之助。昔日有受傷者。醫士以爲扭傷。而今用X光線查之。則知爲折傷也。腕關節處更如此　故近來常用此法以便查明確知其傷之情形也。惟用X光線有數事須注意。不可專賴影屏而定有無折傷。應按X光線照成實體像。Stereoscopic photograph 方爲

妥善。不然。既從正面查之。仍再從側面查之方可。(見第一百七十二圖及第一百七十三圖) 凡X光線所照之影像。其影大於眞骨之形。故傷雖小。其影之畸形。必畧顯大。而燈光之斜正。致所照之影像亦不一。頗易使人誤定傷之輕重。且接骨質亦能照成一畸形。(如骨已接好。接骨質未散。若用X光線照之。該處似有骨大之狀)

全身之關係 General effects 腦力猝衰 Shock 有輕重之別。若顱及脊椎受傷或折。則顱腦及脊腦。皆有受震動特別之病狀。單純骨折。則過二十四句鐘。溫度升至百度。(三七·八) 若係複雜骨折。又染外來之穢物。恐生膿。而溫度則更升。若係嗜酒之徒。因此可發酒狂 Delirium tremens 或有漂脂塞血管 Fat embolism 有時漂脂入肺。能塞滿肺之血管。使其不能多得空氣。倘漂脂入大腦。人則昏迷。以上等狀。乃逐漸顯出。或三日或一星期無定。

折骨相接 Union of fractures 此理無異於傷口結成瘢痕。惟骨癒則成接骨也。骨既折。其折面莿澀而不滑。並骨衣或全破。或半破。半不破者。其骨易接。骨折時。肌易受傷。故有血滲於肌腡。越數小時。其肌與骨相接之功即起。初則血白脒多至。將血塊消散。而紅脭散於皮下腡。故皮色黃紫。此時血漿滲入。並連腡脒增生。骨衣盈血而加厚。在折處畧與骨相離。其間有血塊。後漸變成肉芽腡。使骨兩端暫接。此名暫接骨質 Provisional callus (第百四十一圖) 迨後接骨質始變眞骨。此乃因骨衣骨腡所生之骨脒。漸侵接質中而成骨莿。莿漸多則成鬆骨架。此架漸密而變硬。如骨折而衣未扯斷者。此

第一百四十三圖
其端不相對

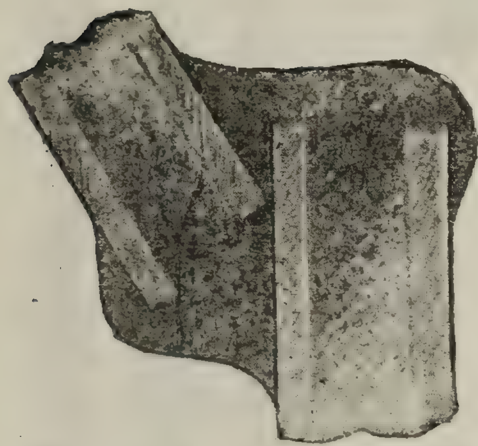


Fig. 143

第一百四十二圖
其端畧相對



Fig. 142

第一百四十一圖
其端相對



Fig. 141

DIAGRAMS TO REPRESENT UNION OF FRACTURES

141, when the ends are in close apposition; 142, when the ends are only partially apposed; 143, when the fractured surfaces are not in contact at all.

折　骨　相　接　之　圖

處更易生新骨。有謂骨衣先成朒。而後成骨者。此稍有據。 骨髓在折處亦盈血。漸成肉芽胭。並有骨薊在其中。即名爲內層之接骨質。或髓管接骨質。Internal callus 密骨胭相續畧緩。因其骨端先變稀鬆。亦成肉芽胭。漸漸生密骨胭。則內外層接骨質。或互相以成恒久之接骨質。Permanent callus 倘其餘質消散。而其骨如故。 若折骨未接。或接端相疊。則生接骨質頗多。故斷骨接處。惟有接質相連。第一百四十二、三兩圖 若以夾板包好。其內外層之接骨質俱生。更易痊癒。骨若折碎。亦能多生接骨質而相接。 折骨相續之期。在一星期之間。繞折骨之血塊變成肉芽胭。而肌及腱乃相續。此時骨畧生。至六星期之久。其骨則堅密。若股、脛、腓、諸骨折。須二月之久。

方可痊癒。有時折處未幾亦可生疕瘤。學者不可不知。

治法 單純骨折。不可視爲易治。因不獨使碎骨相連。亦當使肢復其功用而無畸形。亦不可延時過久。

初治術或**臨時醫術** First aid 在臨時無物可治。惟暫以夾板包之。若無夾板。可用平常薄板。或別硬物。只須合宜。亦可包之。折腿者。可將二肢合而縛之。使傷者不移動。

骨折復位術又名**整復術** Reduction 先將其肢牽引。而用手使兩折端相合。有時須弛緩其肌。如小腿斷折不易復位。須令腿屈。踵腱則弛緩。方可復位。或割斷踵腱亦可。當使肢整復時。必將好肢露出。以便將二肢比較得宜。

當整復時。恐傷者難忍其痛。而肌痙攣。如不施迷蒙藥。難使肢復正。且使肢整復。愈早愈妙。若延遲。則有肢腫之憂。若傷者食飽。不便施迷蒙藥。可遲之數小時。但不可踰半日之久。醫之。

施夾板術又名**夾板固定法** Fixation by splints 夾板以鉎 Zinc 或錫 Tin 片或牛皮皆可。但夾板須鑽數十孔。使之透氣。或以毡或木爲夾板亦可。但須先以紙作模。後照模爲之。若係牛皮或毡製之夾板。須先以熱或冷水浸之使軟。皮製者水內加醋少許。變軟更易也。其夾板之棱及角必宜圓形。內面宜以棉或絨墊之。若係長骨被折。其折處上下之關節。亦必令之固定。故所用之夾板。必寬大包穩其肢。若係扁夾板。必較肢畧長。以免其肢搖動。且宜注意所墊之物。以免惹皮而破。患

者若係貧苦之人。身體不潔。所墊之物尤宜有抵毒之力。以免生蝨。惟薙淨其毛。洒以硼砂面粉最佳。若患肢之皮已起皰。宜先用無毬之乾敷料蓋之。先用二三膏條將夾板粘穩。再以綿裹布纏之。最要者。初時不可裹緊。以防腫大而成疳。既已裹妥。切不可再屈其肢。若肢宜屈者。必先屈而後裹。因屈時裹布必勒入軟胴。致壓血管成疳也。有時將裹布由趾尖裹起。裹滿全肢亦妙。因可免夾板壓肢而腫。並助血易於迴流也。至第二日。醫士宜詳細查視其所裹之肢如何。若見其指趾色青。或痳木而冷。立即畧爲鬆之。已夾妥後若用X光線照之。查其折骨之接處適合否更佳。倘不適合。可再用法整理之。若仍不適合。則可酌用割術也。

另有數類固定夾板。用於小兒最便。所用之料。乃糨或砂強礬液 Water-glass 俗名水玻璃 或石膏是也。

若不必用最堅之夾板。用糨帶 Starch bandage 製者最便。先用棉將肢包妥。再用硬紙板條浸於糨水內。覆於棉上。纏以糨浸之布。更用一塗糨之布裹之、乾後即成一極硬之夾板。以固定其肢。若日久稍鬆。可剪開而去少許再裹之。

水玻璃製者。乃先以棉或硼酸絨包妥其肢。以浸於砂強礬濃液內之粗痳布裹數層。使之堅固。此等料最輕而便用。但必越二十四小時始乾。

石膏製者。既不甚潔。且重量較大。但使之恆久固定。此爲佳耳。其用法有二。(甲)以乾石膏塗於粗布帶上。捲而存之。用時在水中浸濕。若水內加白礬或食鹽少許。使之速凝更佳。先用棉或硼酸絨

將肢包妥。再用濕石膏帶裹之。外面用石膏漿塗之。此石膏漿之製法。乃備冷水或淡礬水一碗。以石膏粉洒於其內。俟其下沉。直至浮於面而不沉爲止。於是以鐵匙攪之即成。至塗足後。以手蘸水抹之。使之光滑。於是牽弔其肢。俟乾用筆記其日。嘗有人用花士苓塗於綫鋸上。埋於裹布之下。以便早日鋸開。施用揉捏之法。揉捏既畢。即再復合。　(乙)又有用尋常之絨製成石膏夾板者。其法先用棉或硼酸絨布將肢包妥。再用尋常之絨布照肢一側之式剪好。浸於濕石膏內。並用乾石膏塗於其上。覆於肢之一側。用紗布裹穩俟乾。對側亦如是覆之。用紗布裹好。乾後即由前面將紗布割開。如此則成一合頁之夾板。有人願以木條或鐵條加於其內俾其堅固亦可。　有人謂石膏夾板加以木條或鐵條者。乃爲折腿之人早數日即可賴此夾板起床行動。故名行動療法。肢之肌常久不用。恐漸消瘦。可用揉捏法 Massage 活動之。過十餘日解下夾板。揉捏關節。引其畧動。關節受傷。有時不用夾板。雖用數日仍釋之。或用輕夾板。或以皮包之。如肱骨解剖學頸折。橈骨下段折。脛骨下段折。肘關節折而脫臼。皆以揉捏法揉之。其意欲使關節柔活。

早手術療法 Early operative treatment　近來用防穢割術甚進步。故按此法治骨折。甚見功效。亦能早日復原。昔日祗用此法療治髕骨折。及鷹嘴折。但穿皮者用割術療治。甚得最佳結局。故外科士於單純骨折亦敢施用此法。　骨既折。有時若不用割術。頗難令其折端相挨而吻合。蓋血及軟膶侵入骨折端之間。故於該骨折端多生筋膶。且因日久肌肉枯瘦。以致關節僵硬而不靈動。

第一百四十四圖

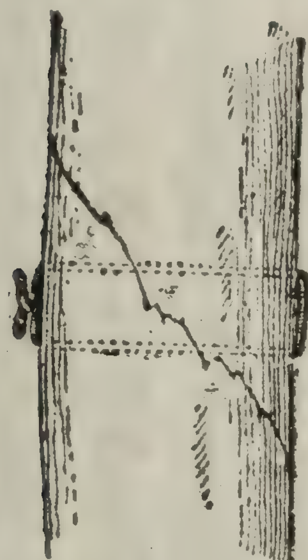


Fig. 144 FIXATION OF OBLIQUE FRACTURE BY SILVER WIRE LOOP TRAVERSING THE WHOLE THICKNESS OF THE BONE

用銀線匝環繞周圍縛定骨幹斜折

第一百四十五圖

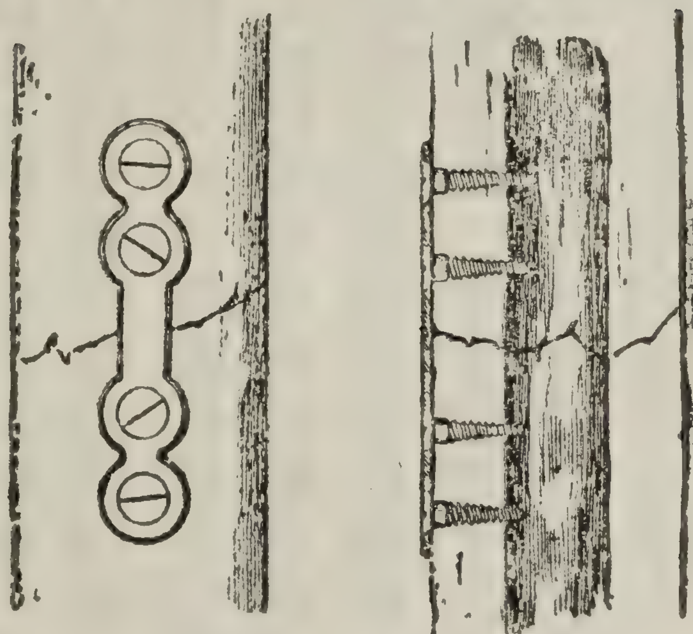


Fig. 145 LANE'S PLATE APPLIED FOR TRANSVERSE FRACTURE WITH DIAGRAMMATIC LONGITUDINAL SECTION

藍氏鐵板施用法

如作工之人，輟工至數月之久，於生活上大有損失。若用割術，乃將血及腡等去盡，又令折端吻合，則復原必速，且骨之長短如初，又可早用揉捏法，如此能免肌之枯瘦，並關節僵硬等弊。應施割術與否，外科士論者不一，但就其確應施割術者，論之如下。（一）凡小骨折及骨凸阜折，用夾板療之皆難吻合，若不用割術，復位甚緩，且不完善。（如髕骨尺骨頸等折皆屬此類）（二）累及關節之骨折及骨折相離。（如股骨外髁脫肱骨外髁脫等傷）（三）長骨幹斜折或彎折，而骨折端甚相疊，並有肌腡侵入骨折端之間，若不用割術，則甚難復位而吻合。

手術如下。割口須甚長，則除去血塊方得手，並須將骨折端理淨，以便安置吻合。（能少用手則妙）又用特別穩具使穩，後用金類線或骨釘或螺絲釘。

理妥折骨有時用銀類線縛折端足矣。如髖第二百〇一圖或長骨幹斜折第一百四十四圖 若骨折端處骨鬆胴多不用鐵釘用象牙釘則足矣。第一百六十七圖 長骨幹折可用藍氏鐵板 Lane's plates 甚有效。第一百四十五圖 然間或有不完全之處(一)其板乃以鐵製成有孔數個爲安釘之用。若係脛骨。於折處上下可用二釘。但在股骨。於折處上下須用三或四釘方妥。但板長而釘多。難免有阻骨得養之弊。(二)因鐵板堅固。使骨端絲毫不動。此與骨折端生新骨甚有阻。因骨折端若畧動。其生新骨亦甚速。如肋骨折雖呼吸而常動、但折端生新骨極速而斷無不接之弊。但用板療治。有時日久骨尙不相接。(三)用螺絲釘釘於骨內。令骨質變鬆而釘易動。 若早去夾板。其有力之肌必復動。致將鐵板扭轉。而顯畸形。 挨近長骨端。若用釘釘骨折處。則更有骨質變鬆之弊。若用銀線縫骨骨質變鬆之弊則少。 若不用鐵釘釘骨。而用絲線暫縫骨板。四五日內甚佳 又久用夾板。則少有骨板移位之弊。(四)若骨折穿皮。用鐵板或鐵釘治之。則不甚佳。如骨挨近皮。如脛骨 則更不佳。但若能免穢滲入。鐵板亦畧有益。但稍疑有穢侵入者。萬不可用。

骨折兼患 Complications of fractures (一)累及關節 若折端直至關節面。關節內則被血及滑膜液充滿。後血則被唻而散。股之折隙。被漿液所塞而成瘢胴。若折端吻合。無甚阻碍。但關節暫時有不靈動之弊。若折端不吻合。則甚有粘貼之弊。而頗阻關節之靈動。故累及關節之骨折。用割術療治。最爲中理。老年者若有此患。易於關節起慢性炎。髀關節肩關節更如此。致關節生骨阜。且甚痛、而有阻於轉動。

(二)關節脫臼 Dislocation　能折骨之强力。同時亦可致關節脫臼。肘肩二關節更如此。療治須立時爲之最佳。若折處挨近關節。可使迷蒙。用手試查其畸形。可否復位。若不能接。或接而復離。均宜用割術治之。但須按潔淨之方法。及外科之設備合宜。始可從事於割術也。大約既除盡關節之血。則可令關節復位。又可將折端釘固。但有時關節面折端甚小。去之更善。若折處離關節畧遠。可用夾板將折處夾妥。後使迷蒙。將肢理妥。再令脫節復位。若此法不足令關節復位。須用割術。將折骨釘穩。後再試使其關節復位。若仍不足。可剖開關節而令其復位。所應用之手術。須按該處情形而定。如同時不能療治關節脫臼。可用夾板治折骨。俟折骨相接。再用法使關節復位。

(三)累及大動脈　若大動脈被壓或痛傷、或刺傷、或破裂。則致成塞團。或成動脈囊。或血流出之患。若結血塊而塞動脈者。倘末動脈不康健。恐有乾疔之虞。其流血者。恐有濕疔之虞。因滲出之血壓靜脈故也。此患最多見者。大約係股骨下段折。而股動脈或膕動脈均甚受累。施割術時。須將患處血塊除盡。縛穩其動脈並將折骨釘妥最妙。

(四)靜脈破裂　血則滲出成瘀。但不似動脈受傷血滲出成瘀者多。因靜脈更易結血塊而塞管。故其肢之遠心段。可盈血而浮腫。須用布纏緊。或用揉揑法。而消散其血。有時靜脈結血塊。或致有漂團入肺之虞。

(五)腦經　受傷之狀。分二期而發。(一)甫受傷之狀。乃因腦經幹被撕或斷。或其腦絲撕斷。但腦

經鞘未斷。(二)受傷後之狀因折骨生接骨質將腦經壓於其內或因用夾板不善而壓腦經先有激惹狀顯出。如腦經痛、肌痙攣、後則肢麻木或癱狀顯出。此須於受傷後三四星期可見再過一二月此等狀則或仍無有。　治法雖有癱狀顯出仍可望其癒因腦經幹全斷甚罕見故其功用仍可復原。但其病狀日久仍有。須剖其患處將腦經與粘⿰月罔相離接骨質長多之處須除少許又設法將一切壓腦經之物除去之。

療治時加雜恙 Complications arising during treatment (一)若老人骨折後常臥大約必患血下積之肺炎 Hypostatic pneumonia 最多見乃在關節囊內之股骨頸被折後因患此者起床甚早仍帶夾板扶杖而行。故每有折骨不相接之弊。(二)老年者患骨折而久臥大約易生臥瘡(三)有時患者依腋杖行走。致臂諸腦經或獨一腦經被杖頭所壓而顯癱狀。名杖癱 多受累者乃纏骨腦經。　若墊軟腋杖之上端再安彈鑛並另作一橫木於拐杖之中段以便扶手可免此弊但此弊既顯則當速棄腋杖再用電療法及揉揑法使肌復原。(四)間或挨近折處之肌變硬而縮短此多見於小兒臂折。多累及屈肌。令肢屈如鳥爪並腕關節過伸。若屈其腕關節畸形則無此可証明腱鞘無粘貼之弊。且感覺之功照常即知爲非腦經受傷所致有人言此患乃因夾板過緊所致然有未用夾板而肌縮短者大約因肌⿰月罔失血之滋養致肌有筋⿰月罔性炎之弊。　治法先用揉揑法若不足須補長肌腱或將肢骨割短亦可。(五)骨折成⿸疒斤有數原因。(甲)因諸⿰月罔受重傷立即成⿸疒斤或致已變壞之動脈

結血塊而塞住。或破裂致靜脈被漏出之血所壓而塞。(乙)因穿皮骨折致肢患蔓延性⿸疒斤。(丙)因療治不善。如纏布過緊。而患處腫。以致被壓。若纏布之後。令肢屈起。纏布即勒入軟⿰月罔。或因夾板所墊之物不足。其所成之⿸疒斤。每為濕⿸疒斤類。如昔日病者之動脈變壞。以致一肢之液減少者。則不成濕⿸疒斤。治法見第七章

複雜骨折 又名穿破骨折或穿皮骨折 COMPOUND FRACTURES

穿破骨折者。乃皮或⿰氵西膜破而有空氣透入骨折處。 若係直接傷者。乃直至骨折處。間接傷者。乃骨端由內突出。 亦有骨折後纏布過緊。令肢成⿸疒斤。致成穿皮骨折。有時骨端不甚離位。亦有者骨從小孔而脫出。亦有骨壓碎並傷口甚大。如電汽車所碰之傷。皮及肌甚撕爛。骨亦壓碎。並土及穢物壓入⿰月罔內。

穿破骨折之大險有二。(一)流血甚多。因傷口甚大。血向外流。而不積於⿰月罔內。(二)染穢毒之患其害甚大。 在單純骨折所傷之肌及骨衣等物。能消散。或於骨折處成⿰月罔。而在穿皮骨折則不然。或成⿸疒斤。或骨發炎而死。或骨髓成急性炎。致有急膿性關節炎。Acute suppurative arthritis 或染性繞動脈炎。Acute periarteritis 而有過後流血之弊。隨後或有血中毒穢串瘴之患。

骨折接理 夫穿皮骨折之接理。約似單純骨折。如能除盡傷口之穢而縫之。其瘉亦如單純骨

折然。倘患處若發炎生膿。大約有死骨、且有蔓延炎、及軟腡成疖之患。故傷口緩瘉。因其傷處須由內生肉芽腡而至外口也。待後肉芽內有骨脒侵入成接骨質。漸變爲眞骨。

治法、其要義乃使傷口無穢。又令汚液易流出。爲此須使迷蒙。並將肢之毛薙淨。又開大其傷口。用防穢藥水洗淨。若有撕碎之皮肌腱等物。可剪去之。若有汚者更宜去淨。碎骨及無骨衣之骨須除去。以免將來有死骨之患。若尖骨端由口凸出。可潔淨而試其能否復位。若不能復位須鋸其凸出之塊。流血之處必須按法治之。再後穩其折端於原位。若能不用金類器具。令其吻合。其結局更佳。若折端骨碎者。可將碎骨安於原位。但不可用銀絲繫之。必用大引流管穿入傷口。則廢液易流出也。又須按患之情形。可否縫小其傷口。或復割一口於對側。以便以合宜之夾板包之。大約按此法療治。結局最佳。所用之夾板須能解下者。或用石膏製者。留一孔以便換藥。穿皮骨折有兼患者。如血管、腦經、軟腡、關節等皆受累。其結局不定。須臨時斟酌而用法治療。傷甚重者。其肢可否截斷。此問題須臨時酌定之。見第百八十頁

不接骨折 UNUNITED FRACTURES

其故有三。(一)全不接者。Absolute non-union 因骨有病。如骨疙瘩。或骨變軟症。或因身弱不能用夾板。(二)僅有筋腡相連。Fibrous union 而無接骨質接之。折端形圓或尖。或有薄骨一片。或肭遮骨髓

而不生接骨質。(三)有假關節。False joint 使骨兩端改形生胼。則變成假關節。係成杵臼形。其圍繞之胴。作假關節之裏膜。其中間或生滑囊。以作滑膜之用。見第二百四十六圖 骨折最不易接者。乃骨凸阜被有力之肌牽掣。如髕骨、鷹嘴、髆骨喙、踵骨後半等。又有骨幹者。如肱骨幹中截或股骨幹三分之上截。或三分之下截。

原因 (甲)因骨折端相離。如髕骨折。其肌縮將髕扯開。或股骨折而兩端相疊。亦係肌扯之故。(乙)有肌胴或筋膜相隔。或因骨一片相隔使骨不連。(丙)其接處常搖動。則不能接妥。如肱骨中折。若不纏穩肘關節。骨折處則常動而不能接妥。(丁)欠血養。因養骨動脈受傷。如關節裏膜內之股骨頸折。其貼於圓筋帶盈孔動脈之小枝。不足養其骨。(戊)間或骨有病。如生惡瘤、或夾板壓接骨質。(巳)因有骨變軟症。(庚)身體怯弱者。或因癯或壞血症。([illegible]) Scurvy 或酒毒等。 有云老者。及婦女或患疽者。有碍於骨相續。但此無據。

病狀 骨不接之狀。明而易見。先視其動否。若展轉而動。則知骨未相續。並無擦聲。

結局 因骨兩端枯。且有胼蓋之。至終恐須截其肢。

治法 (一)逾期而不癒。再以石膏包之。或以靜脈盈血療法治之。畀耳氏療法 甚有效。內服補劑。病者須居於海邊。(二)倘仍不癒。須施手術療之。若骨離皮近。可剖開使骨兩端相接。再以銀線連之。或金類片螺絲象牙釘等。使骨不至相疊。 若骨離皮遠。故難露折端而使其吻合。勿庸必使其正。只用釘釘固可也。

如股骨上端有不接之折患。大約折端相疊。故欲露明之。須剖解甚濶大。始能使骨吻合。不如只割一口。而露明其上段再鑽兩眼於兩骨。惟須一正一斜。不必一律。又以象牙或螺絲釘釘之。施手術時欲免骨端移位。須用二鑽。釘時先去一鑽。即以一釘釘之。再去一鑽。再以一釘釘之。如此則骨端不移位。(三)既折端甚相離。用他手術無效。可用補骨術。如小兒脛骨折。日久而不相接。可將本人腓骨一段割下。補於脛骨之空處。或用本人好腿之脛骨。割一片以補折骨之缺。

折骨錯接 Vicious union 第一百四十七圖 骨折錯接。大約因折端相接不吻合。或因療治時折端常動而移位。如此則成畸形。或失肢之功用。如畸形甚重。必用法改正。若早見此畸形。接骨質未固先。可施迷蒙藥用力將折端復正。或將該骨復折而改正亦可。有時醫士用折骨具而爲之。但須小心勿傷軟胭爲要。若用露明手術將折端顯明。畧去接骨質。令接處規正。又以銀線或螺絲釘釘妥。則較前法更佳。

第一百四十七圖



Fig. 147 VICIOUS UNION WITH MARKED DEFORMITY AFTER FRACTU RE OF FEMUR

股骨折錯接之畸形

復斷折骨 Disunited fracture 有時骨已接好而復折。乃因人兼有虧弱重病。

如壞血症。Scurvy 宜服以良藥、治病之原、並用夾板纏穩患處。則可有效。

特種骨折 SPECIAL FRACTURES

面骨折　鼻骨折 Nasal bones　因直接猛力所致。如拳打、或球傷、及棍傷等類。傷處凹陷或歪。若橫傷近額骨時或額骨亦傷。在青年人有時僅骨瓝相離。甚重者。恐髏骨底亦折。大約其畸形甚大。但當時或不顯。因患處腫大之故。此傷亦有兼患。如鼻衄 Epistaxis 或皮下氣痕。Surgical emphysema 間有累及大腦。若不留心早治。則成難改之畸形。　鼻隔獨傷或因他傷所累而歪。令鼻一孔不通。亦有偏形。　治法。當時施蒙迷藥。以庫秋管套鈍尖鑷上插於鼻內。扶正其骨。取出。再以油濕紗布塞入。或以庫秋或鉦作夾板夾於鼻梁。又當逐日換藥。且洗鼻竅。若病久而凹深。即施割術亦難改其畸形。僅以硬煤蠟注射於皮下。以成鼻形。其法看第二十九章。鼻偏形者。可施割術使其直。或以器具治之。

淚骨折 Lachrymal bone　多因直接猛力。將鼻、篩、淚、三骨俱折。故淚入鼻竅有碍。並皮下有氣脹狀。

顴骨折 Malar bone　罕有此骨獨折者。多因他骨受傷致波及於此。而傾穴前壁損傷。故顴骨凹陷。治法。以指由口入托之。使其凹平。

顴拱折　多因直接猛力所折。骨即凹陷。（骨不能向下移、因嚼肌及太陽肌筋膜限之）有碍於動。治法。以食指入口內抵平。

或由皮面。以銀線穿於骨下。提起使平。

頄骨折 Maxilla 多係直接傷所致。如錘擊傷。或槍彈傷。皮亦穿破。有時一側受害。間或兩側橫破。使頄裂兩半。則牙座墜下。有時累及全面。則頄內動脈末枝亦斷而流血。治法。令患者安息。以冷溶液之葯敷之。並以筒飼合宜之食物。後可用牙托托牙座復其原位。傷即漸瘉。間或有生膿或骨死之憂。

頷骨折 Mandible 多係直接傷。亦有間接傷者。如旁側之力壓頷骨。而頷骨中即折。最多見者係近頷外孔之前被折。此處畧弱。因居兩堅骨段之間。（即帶門牙之頷前段及帶大牙之頷後段）並犬牙長根亦居於此。故此處牙座甚薄。（第一百四十八圖）亦有在頷中受強力而兩側均折者。亦有在大嚼牙後折者。亦有在頷輪頸斷者。或頷峯斷者。（此多因鎗彈所傷）頷輪頸多因間接傷。然亦或有因直接傷致者。

第一百四十八圖



Fig. 148 LOWER JAW, INDICATING MOST COMMON SITES OF FRACTURE

頷骨常折處

病狀 其折骨端在前者。明而易見。在牙後者有時難判定。常見者乃穿皮骨折類。此因骨衣及洄膜貼緊牙座廉。若累洄膜。牙則不齊。捫之有擦聲。因洄膜破。故有血涎而痛甚。頷動脈頷腦經大約未斷。因傷位在頷

外孔前。若傷在頜外孔後。動脈則傷。而骨不多移位。但因傷動脈。亦恐血多流也。頜骨既已折。其前段必下垂。爲頦肌所致。而折段相疊。若頜骨有雙側折。折骨之强力能致中段下垂。而後段被嚼肌及太陽肌提上向外。但頜折在大牙後。則不甚顯畸形。因兩側之肌扶持之不使移位。倘頜輪頸斷。則翅外肌將頜輪端扯向前內。且在折側頜體能前後移動。若頜峯折。則太陽肌腱將其骨提上。然不多移位。因多有筋膜絲相連。

第一百四十九圖



Fig. 149 APPLICATION OF FOUR-TAILED BANDAGE FOR FRACTURE OF LOWER JAW

頜骨折四頭帶兜法

第一百五十圖

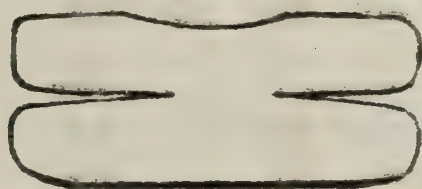


Fig. 150 LEATHER SPLINT FOR LOWER JAW

頜骨折牛皮夾板

治法　此傷大約係穿皮骨折之類。須注意施用防穢藥。使病者之口潔淨。若療治不善。則易生膿而骨死。或致肺葉炎或穢串瘅。宜請牙醫士療治患者之牙。若牙略鬆。尚可暫留勿拔。可望其痊。但牙根不潔、或挨近折段。可拔去之。

(一)暫以四頭帶兜之。第一百四十九圖　其帶四寸寬。三尺長。將兩端撕開爲四。但中留八寸不撕。再於正中剪一小孔。爲置頦下之用。將下兩端往上至頭頂。繫一結。上兩端往後至頸後繫一結。如此再將上

下四端共繫之。則免移動之弊。按圖爲之可也。用此兜帶繫穩。須三星期之久。此時必須用管置於大牙後以進飲食。又禁止病者動其頷。並

第一百五十二圖



Fig. 152 HAMMOND'S SPLINT FOR FRACTURE OF LOWER JAW

哈門德氏頷骨折夾板

第一百五十一圖



Fig. 151 LEATHER SPLINT APPLIED

頷骨折牛皮夾板法

須屢用葯水潔淨其口。大約五星期骨則接穩。

(二)若折處難復位。可用最硬之牛皮作夾板甚妙。第一百五十一圖 此夾板之內層墊以絨布。其上下四端各有一孔。穿以繩或帶以便繫穩夾板之用。

(三)有大畸形者。可用鐵絲作架夾。但其鐵絲不可拴在牙上。此係哈門德氏 Hammond's splint 所作。第一百五十二圖 此架乃以金類絲所製。將諸齒套住。但須與諸齒極吻合。又須用數細絲穿於牙縫

繫其架可令牙科士製之。

(四)倘此法不成。或遇無牙之人。則可用假牙座夾板 Kingsley's splint 持之。此夾板乃硬庫秋所製。安於折處。宜較折處畧寬 將牙蓋住。另有二鐵條由口角出而彎向下。再以帶穿二鐵條之兩端。繫於頦下。用此於開口時。折骨不易移位。

(五)以銀絲縫聯之。先將頷之兩折端。各作一孔。再以銀絲由孔穿而纏之。此法甚難 或於折處之前後拔去一牙。即由其槽穿以銀絲而纏穩。

若稚炎重以致骨死。宜先待死骨脫下而聯之。亦可望其痊愈。

舌骨折又名**骺骨折** Hyoid　此骨受傷者少。惟懸繩自縊或被人手所勒方可受傷。如有此。而骨體或角皆受傷也。　病狀欲舌動則痛。頷及頸動亦痛。音微啞。亦有畸形。捫之更顯。亦有泗膜刺破者。而流血於喉間或嗓口瘀腫。　治法。以一指入口壓之。再以一指在外托之扶上。又以毡領襯之。

肋骨折 Ribs　有直接力折。有間接力折。(一)直接力折者。如刀刺。拳打。棍擊等傷所致。且兼能傷肺、肝、膈、胸膜等。(二)間接力折者。如車輪軋於胸前。壓胸過甚。而肋骨折於肋角處。但肺肝等器官受傷畧輕。間或胸膜穴積血。或肋骨折其一。或數肋骨折不等。而多受累者。乃第五至第八肋骨。第一第二被傷者少。因此二骨在髃下。為其所蔽。如傷髃。則肋骨之第一二亦可受傷。其第八以下之數肋骨。因其活動有讓力。故不易傷。老婦及癲癱者之肋骨亦易折也。

病狀 患者自言覺折一骨。呼吸及咳嗽皆痛。以手按之有擦聲。若一手按胸。一手托背相壓之。則折處覺痛。或用聽診筒可聽骨擦聲。若係數肋骨折斷。傷處必凹陷。胖人折一肋骨。不多顯於外。肋骨折累肺及胸膜者。詳見三十三章

治法 以貼膏條寬寸半至二寸。纏身之大半。第百五十三圖 纏貼膏時。令病者呼氣。由下往上纏之。後以法蘭絨條包之。倘係數肋骨折。其折端凹陷者。則不可以貼膏繞之。當令患者仰臥。以一沙袋墊於兩髆之間。使肩向後。倘傷在肋骨下部。則不可纏裹。恐斷骨尖刺膈肌以致呃逆。肋骨折易接。惟多生接骨質。蓋因其活動也。

第一百五十三圖



Fig. 153 METHOD OF STRAPPING BROKEN RIBS

肋骨折貼膏制法

肋朒脫離 Separation of costal cartilage 或肋朒折亦可按前法治之。

胞骨折 又名**胸骨折** Sternum 多係直接力所致。胞骨易折之處。大約橫折於胞骨柄胞骨體之交點。或較該處畧下。有時其折端凹入。使人多喘。若傷總動脈弓。後則或生動脈囊。 治法令患者仰臥。置枕於兩髆之間。但痛甚若患者不能忍受。可令起坐。使體畧屈。有時可用手令背向後曲。其折端則復平。但須注意。恐胸脊已受折傷。而有加重之虞。

上肢骨折 FRACTURES OF UPPER EXTREMITY

髃折 Clavicle　除橈骨外。未有比髃骨受傷多者。因其體顯於外。兼無多肌護之。且因扶肩之功。若臂或肩受碰力。皆能傳傷髃骨。髃折。有直接力傷。有間接力傷者。男較女多。在兒童。則爲屈曲折。髃折之位有四。

(一)近肐骨端折　此不甚多。由直接力或間接力所致不等。此處骨横折。則無畸形。若係斜折。則有畸形。髃外端向下前。

第一百五十四圖

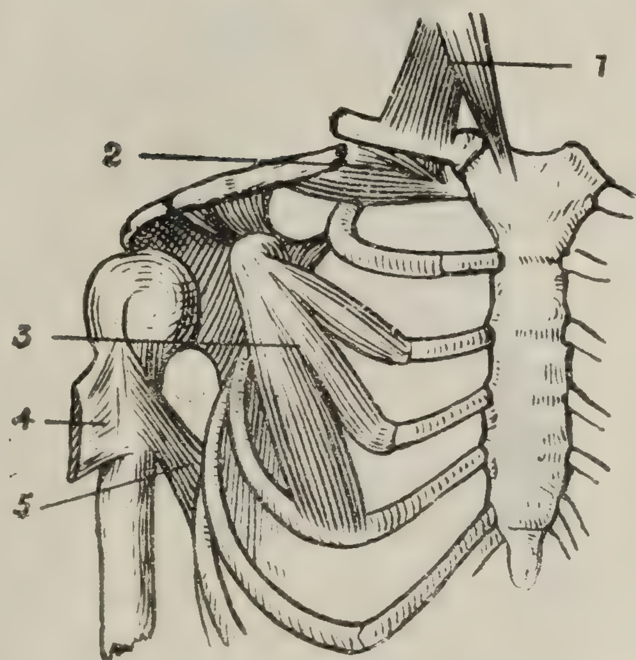


Fig. 154 FRACTURE OF CLAVICLE THROUGH GREATER CONVEXITY

髃骨折於大彎處

1 胸髃顳肌　2 髃下肌　3 胸小肌　4 胸大肌　5 腰廣肌

(二)髃大彎折　此類甚多。若係斜折。其折線則向前至後及外至內。甚有特別之畸形。因肋髃筋帶。及諸肌所拉而致。患者必以手托肘關節。其頭亦歪向折側。以令頸肌弛緩。傷處顯凹。外段顯畸形。較內段尤甚。外段連臂肩低下向前內。因折髃之外段往下向內。第一百五十四圖　之端。向下前内。因其附於喙髃筋帶。及連臂諸肌。故隨臂墜下。其折端向上內後。但在內段折端之

下。內段連胸骨之端不甚移位。因與肋髃筋帶相連。以外段畧低故內段視之似升高也。

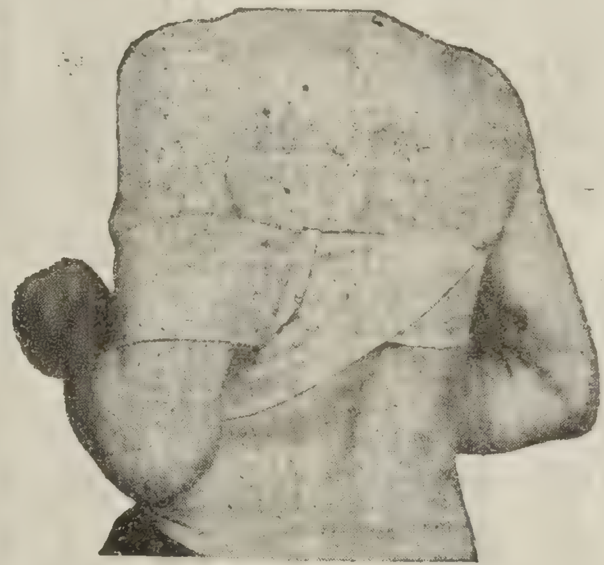
(三)喙髃筋帶間處折　此多因直接猛力傷。骨衣不全破。不甚顯畸形。但畧顯痏狀。且有擦聲。

(四)近肩端折　即喙髃筋帶外。亦係直接猛力傷。髃之外段拖下。因肌拉向前。內段因附於喙髃筋帶故不落。折端則成正角形。

加雜患　髃後有髃下靜脈。及動脈。與臂腦經羅。若係直接猛力傷。則髃後之物。易於受累。如動脈及靜脈破。則臂因血管被阻可成疨。或臂腦經羅受傷。而臂則癱。若傷過重。肺尖亦可受累。

治法　無畸形者。可用帶兜之。有畸形者。則醫士立於患者背後。以膝抵患者背心。再攀其肩往後。使折骨還原位。再以布條包之。(甲)以手巾三條。一紮左肩。一紮右肩。成8字式。其巾頭須在肩後。使二頭連緊。則肩往後。再以一巾托肘關節。使臂貼身而縛之。須常視其緊否。(乙)撒耳氏法。Sayre 以三寸半寬之貼膏帶。由腋下包於臂。其連頭當以針縫之以免其鬆 貼膏之粘面向外。餘者繞身。以肱骨為秤杆。Lever 包臂之貼膏為倚點。Fulcrum 使肘關節向前。肩頭向後外。第一百五十五圖 再以一貼膏。上達肩。下兜肘關節。其在肘關節處開一小口。見第一百五十六圖 另用布條纏身可也。此法若治小兒須多用數條貼膏 (丙)若係婦人不欲其有畸形。可使不用枕睡。再以沙袋墊於兩髆之間。亦須以帶將臂縛貼於身。約三星期骨則相續。大約過四星期之久。骨即接穩。但非再過數日不可使其臂用力。平常接骨質生長甚多。故難免仍畧有畸形。

第一百五十五圖



第一百五十六圖



Fig. 155 AND 156 SAYRE'S METHOD OF STRAPPING FOR FRACTURED CLAVICLE

髃骨折撒耳氏貼膏纏法

髆折 Scapula （一）**髆肩折** Acromion 係直接猛力所致。其臂下垂。患者必以手托肘關節。其肩平塌。捫之可覺折處。搖其臂則有擦聲。有時髆肩惟僅折其尖。則以上所言之狀不顯。 治法。將肘關節提上。使臂貼身。以帶包之。

（二）**髆喙折** Coracoid 雖受重擊。然受折傷者少。亦不甚有畸形。因有力之筋帶相連。治法詳上。

（三）**髆體折** 因受猛力之直接傷。先至髆岡。倘其橫折。或折碎在髆岡之下。則稍有畸形。若係直折。則所連之提髆肌。將折髆外段之上端拉上。下端爲鋸大肌拉向折髆外段之內。則兩端相疊。欲知其折否。可執其骨相搓。試有擦聲否。自當辨明。或用X光照之亦可。 治法。縛臂貼身。再以貼膏帶纏髆。使之勿動。

（四）**髆頸折** 係重傷所致。然此罕見之。其髆盂處畧折而脫下。其折骨及臂均垂下。第一百五十七圖A 或折線經過解剖學頸折。第一百五十七圖B 皆使肩平塌。而臂畧垂。與關節脫臼形相似。

第一百五十七圖

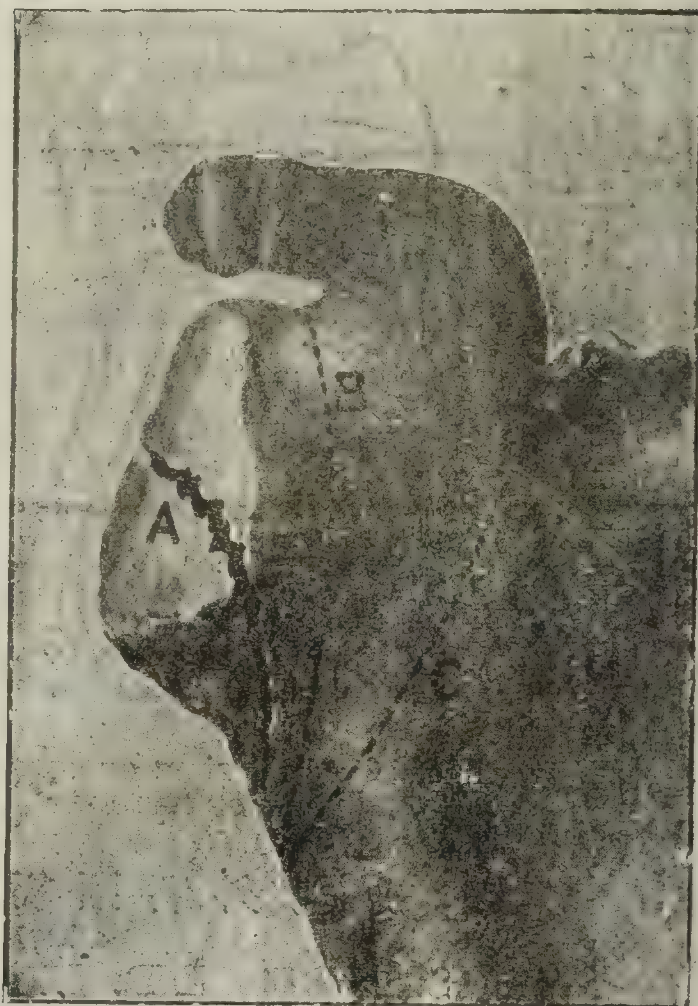


Fig. 157 FRACTURES OF THE NECK OF SCAPULA
A. Through the glenoid fossa.
B. Through the anatomical neck.
C. Through the surgical neck.

髆頸折
A. 髆盂折　B. 髆解剖學頸折
C. 髆外科頸折

治法。將臂提上。縛貼於身。

髆外科頸折 Surgical neck 折由髆峽起。至外廉三頭肌附處之下。第一百五十七圖C 喙及髆頸稍垂下。其肩平塌。而髆肩凸出。臂畧長。若將肢升高或轉動。必有擦聲。治法。由腋下將骨。托復原位。如痛可用迷蒙藥。以腋墊。或厚皮作冂字形夾墊之。但須以棉花包之。再以帶將臂縛貼於身邊。

肱骨上端折 Upper end of humerus

（一）解剖學頸折 Anatomical neck 第一百五十八圖 位在裏帶之內。Intracapsular 大半係直接傷。其肩腫甚。因血滲入裏筋帶內。動之甚痛。畧轉臂或覺有擦聲。其臂稍短約半寸。大約折骨上端全不相離。乃被裏筋帶所繫。故折骨端不死。有時折骨幹與肱頭相插。於腋處捫之覺甚有畸形。有時肱頭轉而離位。或脫至腋處。若骨幹與骨頭相插。捫之宜留心。免令折

端相離。或撕開裹筋帶。凡肩處之折傷須以X光線查之。不必用手即可查明。

治法。骨相接乃由下端而起。但令折端穩固極難。故接骨質生長甚多。若折處稍移位。只須以布帶兜肘節。置墊於腋下五六日之久。復宜揉揑及他動法活動之。骨折之劇者。置墊或门字形夾於腋下。亦可以一巾兜墊繫於肩頭。巾尾隨往彼腋下繫之。或以氈或以牛皮。盖於肩頭。又須以扣扣穩牛皮。牛皮之大小。照肩形作之。四十日可瘉。十日之後。每日一次鬆夾板。揉揑活動。過二十日可去夾板。只用兜兜緊肘節。若骨小折端脫位。即以X光線而查明此端轉而甚離位。外科士宜斟酌。或可用剖術將其小塊剜去之。

第一百六十圖

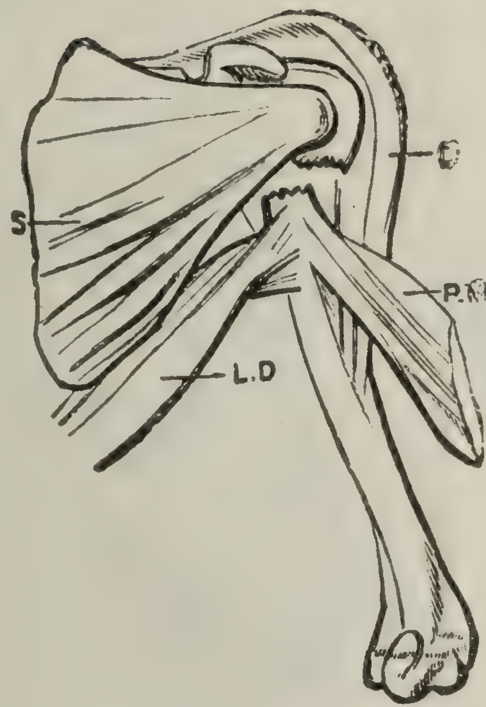


Fig. 160 FRACTURE OF SURGICAL NECK OF HUMERUS

肱骨外科頸折

S. 髆前肌　L.D. 腰廣肌
D. 三角肌　P.M. 胸大肌

(二)**外科頸折** Surgical neck 乃在裹筋帶外。Extracapsular 第一百五十九圖 在岡上下二肌、圓小肌、髆前肌之下。腰廣肌、胸大肌、圓大肌之上。前後骨阜之下。多係肩頭下受直接猛力之傷。或臂因傾跌而肘或手先落地。橫折之畸形。折骨頭向外。被肌轉闔於內。乃圓小肌。岡上肌。髆前肌等所拉折。幹因胸大肌、腰廣肌、圓大肌拉闔於內。三角肌、喙肱肌、双頭肌、三頭肌。則將其提向上。第一百六十圖 其形狀。肘向外。肩下凹。捫其

第一百六十一圖

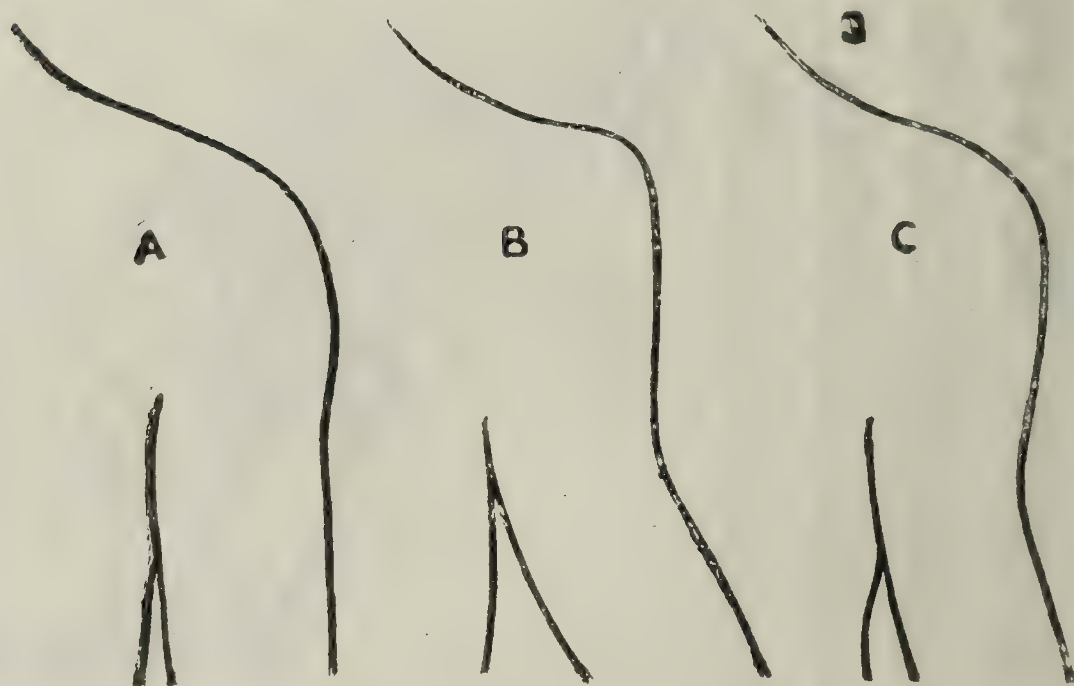


Fig. 161 OUTLINES OF SHOULDER

A. Normal shoulder.
B. Dislocation of shoulder.
C. Fracture of surgical neck of humerus.

肩　形

A. 無患者　B. 肩關節脫臼形　C. 外科頸折形

骨頭未離位。若動則有擦聲。臂大約短一寸。亦痛甚。因其骨壓臂腦經之故。有時骨折相插。則不甚顯畸形。大約幹插入頭內。惟骨畧短。（第一百六十一圖C）

加雜患 腋動脈臂腦經皆可受重傷。惟彎腦經乃最多。

治法 置墊於腋下。肩頭以氈包之。或以洋鐵作肩帽包之。亦可用皮。或石膏帶持之。再以布條兜手。使肘往下墜。或用密氏 Middledorff 夾法包之。（第一百六十二圖）乃三角形之夾置腋下。其底貼身。尖抵肘關節彎。以寬帶縛於胸。臂之折處。以厚皮一塊包之。須襯以棉花。以帶繫緊。下臂亦以帶繫之。肩頭以氈兩塊相交包之。以皮帶連環繞繫。見圖自明。大約四十日可以長固。但十餘日之久。須每日解夾板一次。用揉捏法活動其臂可也。

第一百六十二圖

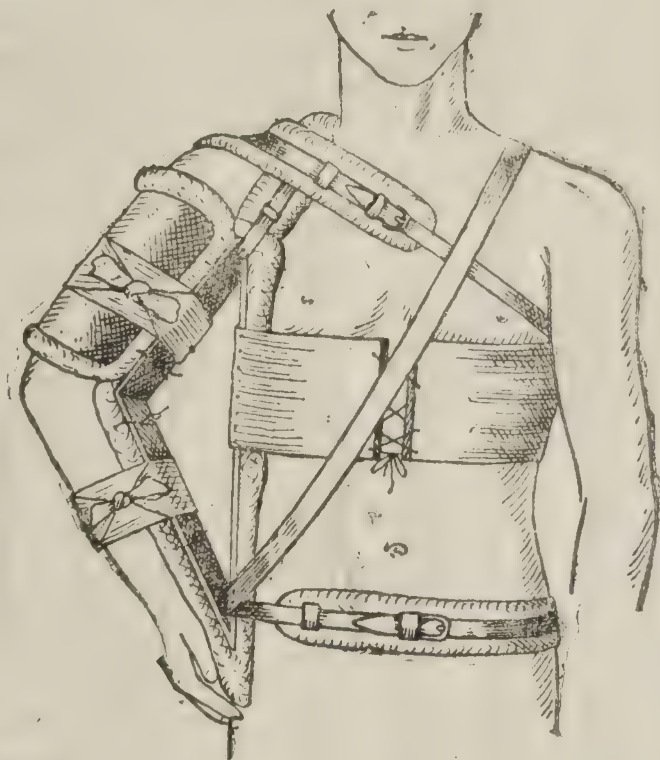


Fig. 162 MIDDLEDORFF'S TRIANGLE FOR FRACTURED HUMERUS

密氏三角形夾板

圖中帶比用之帶較小使圖顯明故

(三)肱骨上髃脫離 Separation of upper epiphysis　此患年至弱冠者可得。肱頭及大小兩髃均受累。肱幹折端畧有筍形。其尖插入肱頭折端之小凹。（第一百六十三圖）折位在[illegible]處下。然非全脫。因其後外兩面之骨衣未斷。大約骨幹向前移位。其上段於髆喙之下一寸可捫得。或顯出於皮下。有時骨幹移向內側。故與髆喙下之關節脫臼相似。但肱骨不移位。故可辨明此患與關節脫臼有別。

治法　最要者須將折端接正。不然恐日久骨則不長。宜使迷蒙。拉其肢稍展轉使接。用此法不足。須用剖術而令折端復位。既復位。可按療治外科頸折之法療之。倘接歪。甚有碍於移動。並有骨幹之一處凸出。可剖其肌。將凸處削去可也。

(四)肱骨大凸折　有時肌之强力能將大凸拉折。（然此稀少）間或外科頸折。亦能折及大凸。若全凸脫離。則甚有畸形。（即肩加寬）因岡上下二肌將凸拉向後。肱骨幹被髆前肌。與他肌。拉向前。則肩有凹顯出。

治法。割開將脫塊復位。再以鐵絲或螺絲釘釘穩皆可。或令患者臥。將臂展開。以枕墊之。此法頗令病者不舒暢直至折端接穩爲止。

圖三十六百一第

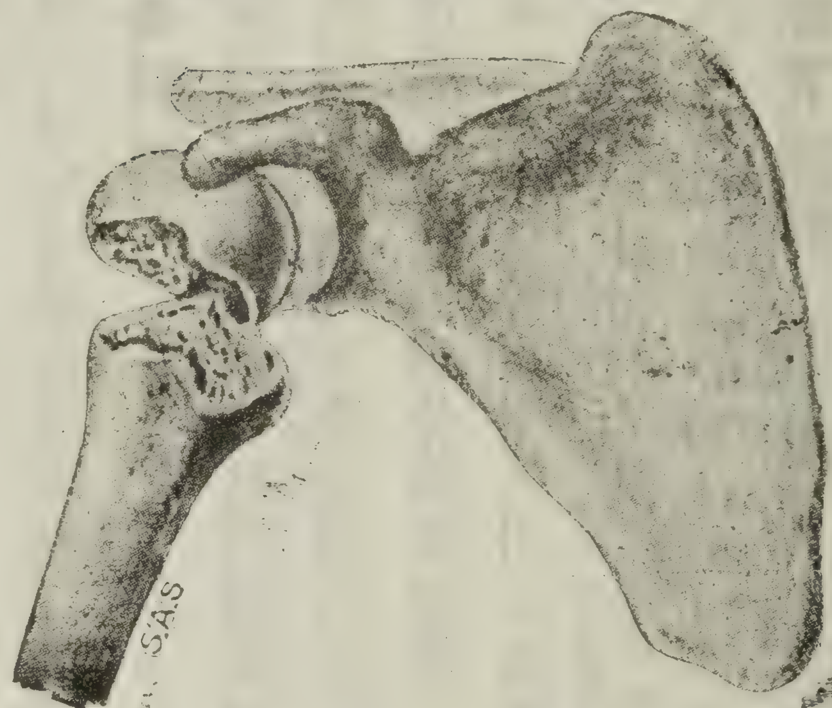


Fig. 163 SEPARATION OF THE UPPER EPIPHYSIS OF THE HUMERUS

離脫骺上骨肱

(五) 肱骨上端折並肱骨頭脫臼 Upper end, fracture and dislocation 此患罕見。大約其折形斜。而經過大凸並累及外科頸。大約爲直接强力所致。如肩受猛力碰傷裏筋帶撕破。而肱骨頭被壓入於腋內。並緊骨凸之腱亦撕破。且其猛力猶未已。故並將骨頸摧折。若此症不於受傷時立即診查。迨至血及漿液滲出。則難辨明。故自昔至今每有人誤認此傷。以致錯施治法。若用X光線按實體照法以查之。庶可辨明。但三角肌甚緊。又因肱骨頭不在膊盂內。但於他處可捫之。亦可助醫士查明此患。若折端不整復。其肱骨頭永與骨幹相離。若與骨幹相合。亦必有畸形並累及血管腦經。致臂有甚大之後患。

治法。令脫節復位爲之甚難。乃令人拉穩其臂。且用手令骨經過撕開之裏筋帶而入於本位。但不

使迷蒙恐不能復位。折處既整復。須按常法用合宜夾板療治。若不能整復。宜用割術令骨復位。其法如下。於肩前露明骨頭而使其復位。再用銀絲或螺絲釘使折處吻合。若折骨碎甚。此法則不適用。須將碎骨全除去方可。馬克孛內氏製一特鈎。以便拉穩肱骨頭使其復位。或於割去骨塊時。可拉定骨頭使其不動。以便割斷繫骨頭之肌腱。

肱骨幹折 Fractures of shaft of humerus　有直接强力致者。有間接强力致者。如拋重物。其用肌力過猛皆可折幹。此傷之狀明而易見。若折在三角肌末上。腰廣肌、圓大肌、胸大肌之下。此肌則將骨上段提往內側。其下段。則拉向上向外側。若在三角肌末下者。上折端拉向外側。下折端拉向上內側。常見之兼患。即纏骨腦經受累。治法以法令折骨復原位。再以洋鐵作角形夾板。須上端至腋。下端至腕。托於臂內側。另用小夾板三塊。置臂旁側而包之。將手懸起。亦可用一百六十二圖之法包之。凡三十餘日可瘉。有時用此法、因其夾板短、且不包穩肘臂、折端能動、故有不接好之弊。斜形折及折端不易吻合者。可用手術而釘其折端。但須小心割口。不可挨近纏骨腦經。

肱骨下端折 Fracture of lower end of humerus　論及肱骨下端近肘處有骨折傷。須熟記此處諸骨之凸位。惟最明顯者。在平常有四凸點。皆易捫之。乃肱骨內外兩髁。及橈骨頭鷹嘴是也。內外兩髁與鷹嘴之位。憑肘關節之屈伸而定。臂伸直則內外髁橫線與鷹嘴平齊。惟鷹嘴近內側。臂屈則鷹嘴較橫線畧下。捫橈骨頭則易。其位有一定。乃居於外髁之下。臂屈若正角形則鷹嘴畧前於

肱骨後面。折時鷹嘴離位。或前或後不定。而其骨之移位。已曉然矣。關節脫臼。鷹嘴更向後。常人正立。其上臂貼身。下臂稍外展。若人之臂被折。其形則異。如不以良法治之。久則有偏於外。或偏內之弊。且臂之功用亦有礙。

圖四十六百一第

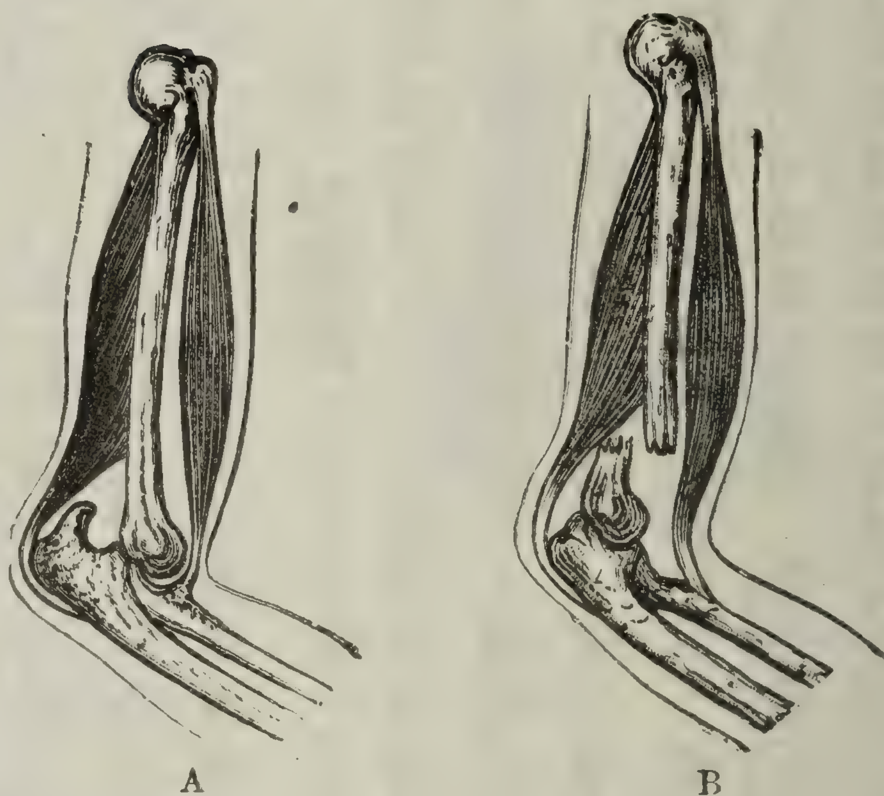


Fig. 164 FRACTURE OF LOWER END OF HUMERUS(B) COMPARED WITH DISLOCATION OF RADIUS AND ULNA BACKWARD AT ELBOW(A)

折端下骨肱 (B) 臼脫後節關肘 (A)

(二)髁上橫折 Transverse supracondyloid fracture

關節上一二寸而折者。多因人跌倒而致。跌時如手先落地而折。其下段則必往後。若肘先落地折。其下段或往前往後不定。下段往後者。乃因三頭肌。將鷹嘴縮往後。且提於上。故有凸後之畸形。其下段往前者。下臂似乎長。而鷹嘴不凸出。須分別關節脫臼或骨折斷。(甲)脫臼者。則肘處之凸點失其本位。折斷者。凸點不移其位。第一百六十四圖(乙)折斷者。肩至外髁畧短。脫臼者。則不短。(丙)折斷者。其上段之下端。在肘前凹之上可以捫出。脫臼者則不然。其下段則在凹內。(丁)折斷者。如拉其臂。而折處易復原位。鬆之仍離位。且有擦聲。脫臼者。頗難拉還原位。但既拉上。則不再脫。有時因腫難辨其折否。須敷以冷水。過

二日捫之。可以明其折患此臂當以彼臂較之。或早以X光線照明爲妙。

治法　須注意施治。以免肘關節强直。或臂有畸形。用角形夾板包於臂內側。有時不佳。爲治向後之畸形。必令臂甚屈。且令臂下段俯。而掌面貼於胸。並宜用棉花墊之。撒以防稡粉。又用貼膏及裹布纏緊。使臂不移動。或用槽形夾板。其上段貼肱後。其下段在肘之下。又安一短夾板於肱前。至肘前凹亦可。大約此類傷不累及肘關節。故不必早用被動法。以免接骨質未固而成畸形。但用被動法亦不可過遲。以免肱骨前後兩凹被接骨質充塞。而臂之動功日後有礙。若下折端向前移位。可用角形夾板置於肘前凹。再用短夾板置於肱後。

(二)T或Y**形骨折** T and Y shaped fractures　係直接傷。外顯痛狀。痛甚。或恐其肱骨髁分開。然惟骨衣與筋帶同包之。則無擦聲。有時肱髁全離位。而有擦聲。且肘較寬。並腫甚而有皮瘀。故判症甚難。若折端不相離。可按肱骨上髁横折療治。若折端既全相離。宜用手術除其血。將其碎塊安於原位則佳。若强力甚重。致肱骨下段全碎。不如將所有碎骨塊除淨之。

(三)**肱骨髁折** Fracture of condyles　多係直接傷。但外髁亦有間接傷致者。如跌。手先落地。則橈骨頭之抵力。可傳傷於外髁。　肱外髁折(第一百六十六圖)較內髁尤多。並累及肘關節。折線由髁稜而向下內。或致髁與骨幹相離。折端轉向前。捫之能自動。且有擦聲。大約甚痛。且甚顯痛狀。　內髁折有二。乃裹筋帶內外是也　(甲)裹筋帶外折 Extra-capsular 即髁脫。(第一百六十五圖)　惟小孩尤多。因年幼骺與骨幹

第一百六十五圖



Fig. 165 FRACTURES OF INTERNAL CONDYLE AND EPICONDYLE OF HUMERUS

肱骨滑車及內髁折

未結合折。骨被肌扯向下。且尺骨腦經或畧受傷。

(乙)裹筋帶內折 Intra-capsular 折線由阜上至肱內髁。亦可累及肱骨前後凹。折骨移位向上後。尺骨亦隨之。故伸臂尺骨鷹嘴則凸出。尺骨既向後。肱則往前。亦或累及尺骨腦經。

治法　將下臂屈之。以三角形夾板夾之。若關節受累。須早施活動法。亦有不用夾板。全用揉揑法。劇者宜剖開。以銀線或螺旋釘連之。第一百六十七圖

(四)**肱骨下骺脫離** Separation of lower epiphysis of humerus　孩之初生。其骺皆爲一塊朊。故骺脫離幹畧受累。至三四歲。幹向下長。將骺之內側推向下。故肱之內髁與下骺相離。因此至十五歲以外者。骺若脫離。則不累內阜髁。因幹已長下相間。若於此時受折傷。則易累骨關節。骨折之段移位。多往後。並畧往一側。第一百六十八及一百六十九圖

治法　將臂屈之。使骨復接。以夾板將前後包之。有時最小之孩。可不用夾板。惟令臂屈。以布包之。使手掌拍貼於對肩。待七八日後。每日解開。以揉揑法活動。若血滲出過多。而臂腫。可在肱兩旁割兩口。將骨衣剖開。使血放出。且將骺骨復接。此不必以釘釘。僅將臂屈貼於胸上。骨即不移位。若

接之不正。則必有畸形。兼有碍於臂動。

尺骨折 又名臑骨折 Fractures of ulna （一）**鷹嘴折** Olecranon 多係直接傷所致。如人跌倒。肘先著地。亦有因肌力所致者。其折線約係横形。在臑骨幹與頭相連之處。若骨衣及筋膜未斷。則不離位。若斷。其折端被三頭肌拉上。且攣後。幹則向前。腫甚。折骨相離之間。可以容指。屈臂則折凹大。伸臂則折凹小。第一百七十圖 其骨若未接好。而惟筋絲所續。臂亦能用。若相接之接骨質多。則骨關節即難動。然離腦經雖近傷處。而不多受其累。

治法 宜用夾板將臂盡伸直。又用墊及膏條。令折骨復原位。過十日施以輕揉捏法活動之。再過十日令患者自動。若鷹嘴全離位。最妙在剖開。將血塊及廢物洗淨。再以銀線使折骨相連。第一百七十一圖 割術後十餘日。施以活動法。患日久而多筋絲或接骨質者。可剖開將其剜去。

（二）**尺骨喙折** 此不易折。蓋因喙居於深處。接之甚易。然旋接而旋脫。亦有擦聲。但尺骨脫臼。能累及喙亦折。　治法。　屈臂至極度。使折喙接。再以帶縛臂貼身。但早用揉捏法。使關節活潑。

（三）**骨幹折** Shaft of ulna 直接傷者多。此易識。但有時微裂而不斷。辨之則有不易。亦有因橈骨折及脫臼累及尺骨幹者。尺骨折而橈骨未折。則無畸形。只一處常痛。動之有擦聲。上截之折端。被肘關節前肌提往前上。下截之折端。被覆方肌拉向內側。故能辨明。　治法。令手臂半仰半覆以夾板前後包之。或石膏帶亦可。再以帶兜之。

第一百六十六圖



Fig. 166 FRACTURE OF EXTERNAL CONDYLE OF HUMERUS

肱骨外髁折

第一百六十七圖



Fig. 167 THE SAME FRACTURE AFTER OPERATION

左圖肱骨外髁折已施手術之後

第一百六十八圖

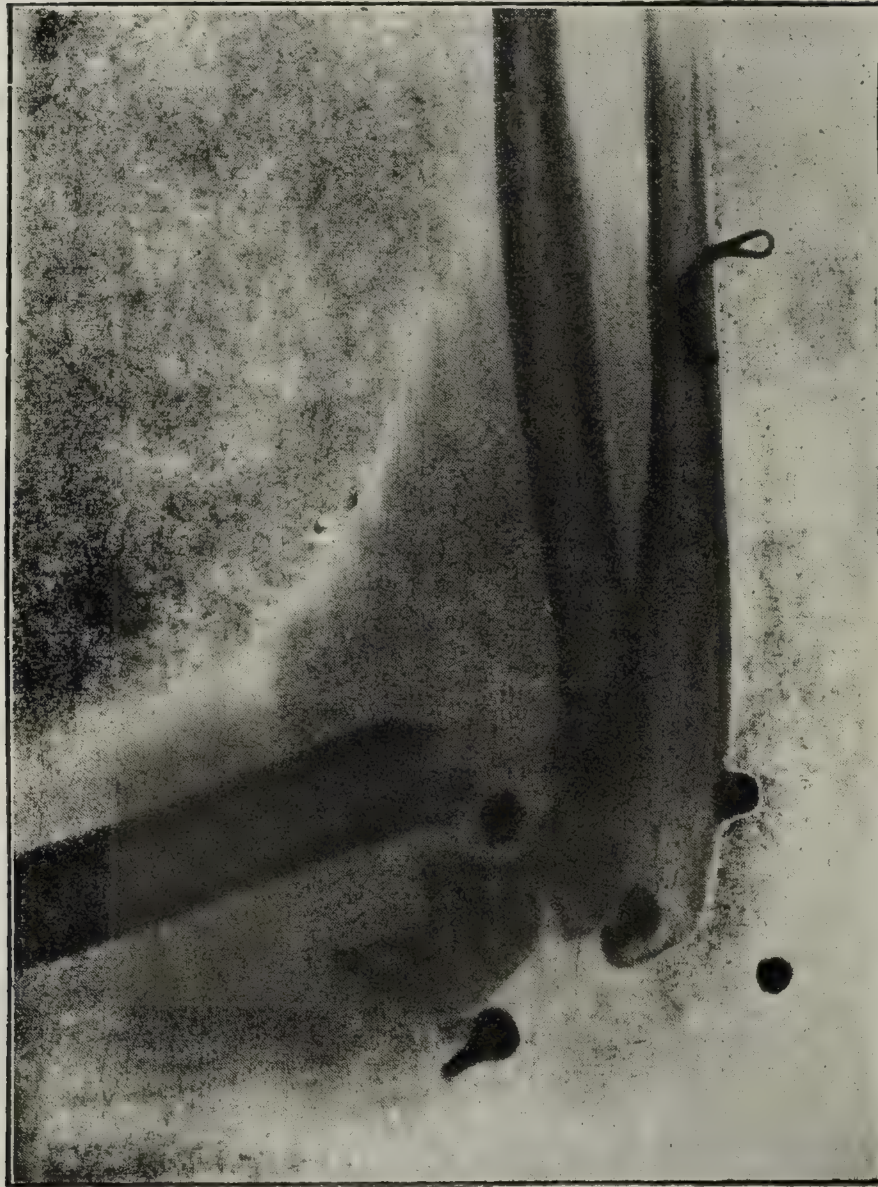


Fig. 168 SEPARATION OF LOWER EPIPHYSIS AND A PORTION OF THE DIAPHYSIS IN A CHILD OF TWELVE YEARS

十二歲小兒肱骨下端骺脫離
黑點爲夾板中之釘

第一百六十九圖



Fig. 169. SEPARATION OF THE LOWER EPIPHYSIS OF THE HUMERUS WITH DISPLACEMENT OUTWARDS IN A YOUNG PERSON A LITTLE OVER THE AGE OF PUBERTY

十六歲者肱骨下端骺脫離骺及橈尺二骨移位向外

第一百七十圖

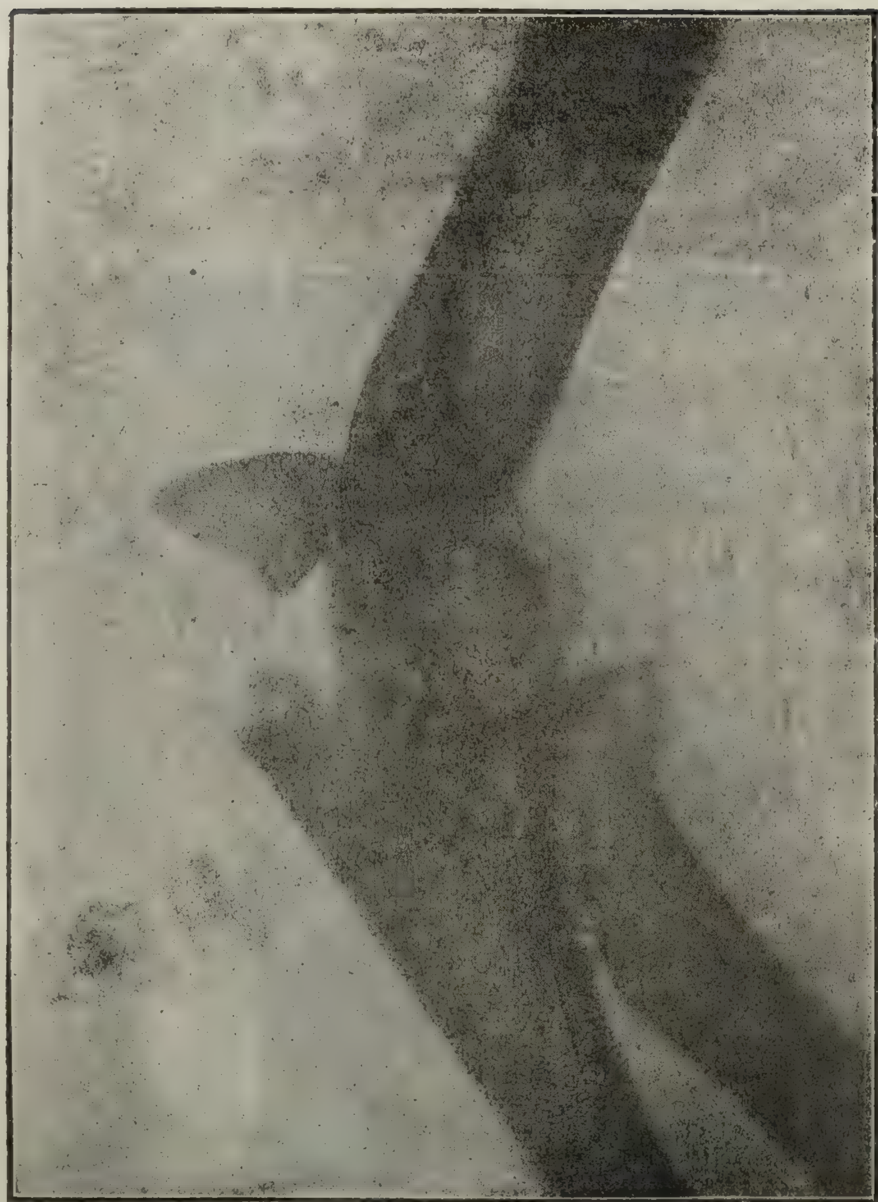


Fig. 170 FRACTURE OF OLECRANON BEFORE OPERATION

尺骨鷹嘴折未施手術

第一百七十一圖



Fig. 171 FRACTURE OF OLECRANON TWO WEEKS AFTER OPERATION

尺骨鷹嘴折施手術後二星期

第一百七十二圖



Fig. 172 FRACTURE OF SHAFT OF RADIUS ANTERO-POSTERIOR VIEW

橈骨下端折由前後視之

第一百七十三圖



Fig. 173 FRACTURE OF SHAFT OF RADIUS LATERAL VIEW

橈骨下端折由側面視之

(四)**尺骨峯折** 又名尺骨莖突折 Styloid process 係直接傷或因橈骨下段折累及者。其離位如何。視傷之輕重別之。 治法。 用手使折骨復原位。貼以松香貼膏布。可用直夾板夾肘前。亦宜使手內圍。大約生筋䐃即癒矣。

橈骨折 Fractures of radius (一)**橈骨頭折** Head of radius 有單折。有與肘節同折。或肱骨外髁同折。或關節脫臼。其折線橫豎不定。若橈骨頭環筋帶不斷。則頭不離位。若橈骨頭全離位。臂輾轉。則有擦聲。大約生骨質而結合。但臂動功缺欠。有時橈骨頭或其一塊離位而成一活動之物在關節之內。或塞於肘關節二面之間。使其不能彎屈。 治法。宜用X光查定其傷如何。如有活動之塊。宜去之為妙。割口須在肘後。後將臂側立而裹之。早用揉揑法活動之。在日久者。橈骨頭未離位。而接骨質過多。可致臂之動功有碍。亦可用手術將橈骨頭割去。

(二)**橈骨頸折** Fracture of neck of radius 其位在圜筋帶之下。雙頭肌末之上。雙頭肌則將其折之下段提上前。故有畸形。若屈臂而畸形更顯。並翻轉功亦失。如試橈骨幹轉。頭則不動。 治法。令肘屈。則雙頭肌弛緩。將其轉翻。以角形夾板包於臂後。在臂前置墊。使所凸出骨頭壓回。因傷不在關節內。則不可令其早動。恐雙頭肌仍將其下段提起。而接骨質加多。成一恒久之畸形。

(三)**橈骨幹折** Shaft of radius 大約因直接傷而起。亦有因人戳掌所致。此類傷只累及橈幹之下段。亦有因汽車夫開車時用鑰旋轉以燃氣。若氣燃忽速。其鑰反轉。而致橈骨下段折。折處或橫

過關節面。或在骨幹較平常下端折略高。並畸形甚顯。　橈骨幹折診斷不難。因有患處痛狀。並失其轉動功。代動之有擦聲。並折之上段不動。但折處相揷或亦動。　折處移位有特別者。若折在覆圓肌麗骨處上。則上段屈而翻仰。因被雙頭肌及反轉短肌所拉。其下段之折端。與尺骨相闔。因覆方肌。同覆圓肌所致。　治法。因上端不易持。須屈肘關節。而使肘及手翻仰。此必能使兩端相接。又以夾板包於肘後。若臥。而以物枕其臂更善。起床。以帶兜其肘。

若折在覆圓肌麗骨處下。上段被雙頭肌扯向前。又被覆圓肌扯向內側。折之下端闔於尺骨。因覆方肌所扯。由是手則覆。尺橈兩骨之間。間或可生接骨質而相連之。　治法。夾板置於肘之前後。須用厚墊置於前夾板近折處。以免折端有移前之弊。又使手貼於身。不反不覆。然後以帶兜之。令肘腕兩關節不動。

(四)橈骨下端折又名**柯雷司氏** Lower end of radius, Colles's fracture　此則多見於老年婦人。而常人亦有之。其由因跌時手掌落地而致。折位離腕不足一寸。第一百七十七圖　其折形乃左右橫。前後斜。並折之前較折之後略近於腕關節。　其折移之狀甚繁。詳論如下。(甲)係跌時手掌落地。折骨強力向上後。而折骨下段亦向上後。而成畸形。因橈側之伸手肌扯之。或因折端相揷。而畸形不改。

(乙)因強力多碰於拇指球。故折骨下段之外側較內側多移位。其內側不移位者。因堅固之橈骨尺骨下筋帶扯之。折端不移位之故。乃因伸拇肌及肱橈肌扯之。且因折端相揷。手及手腕隨折骨

第一百七十六圖



Fig. 176 COLLES'S FRACTURE: A CASE WITHOUT MUCH LATERAL DISPLACEMENT OF HAND

橈骨下端折手不甚移位

第一百七十七圖



Fig. 177 LATERAL VIEW OF COLLES'S FRACTURE SHOWING DISPLACEMENT BACKWARDS AND UPWARDS OF THE LOWER FRAGMENT

橈骨下端折由側面
視之下端移向上後

第一百七十四圖



Fig. 174 COLLES'S FRACTURE: LATERAL VIEW

橈骨下端折由側面視之

第一百七十五圖



Fig. 175 COLLES'S FRACTURE: PALMAR VIEW

橈骨下端折由掌面視之

之下端。且手外展。故尺骨峯較顯於常。第一百七十六圖且較低於橈骨端。其甚者尺骨峯致扯去。或內旁側筋帶被撕。而全手向外側移位。(丙)折下端轉動。而其關節面向下後。此因跌時。强力傳過手腕。向後多於向前。(丁)折上段被覆方肌拉覆。亦貼近於尺骨所成之畸形甚顯。其狀乃手展而覆。指畧屈。彷彿西乂式。有三處凸起。(一)尺骨峯。(尺骨莖突)第一百七十五圖 (二)折下段所致之腕後凸起。第一百七十四圖 (三)腕前面凹。凹上有上端之下段凸起。不能反覆。因其骨相插。欲明其係如何折式。觀尺橈爾峯如何。按本來橈骨峯應低於尺骨峯。但有此折。則兩骨峯相齊。或高者竟低。在上所言相插。若傷重。則插之而裂。甚重者。恐下段碎。此病易瘉。但恐有關節不甚活動之憂。並有畸形。因血流入腱鞘而成粘網故也。所以須預告病者。

治法 令患者坐於椅上。執其手拉伸往內側闢。使插患離開。再按之使折處復原位。在老年人有相插之患。有時不使相插處相離亦可。若係右手折。醫士必以右手拉之。左手折。醫士必以左手

拉之。折處既整復。大約不再移位。故不必用繁難之夾板治之。但有四種夾板可用。(一)古尺氏夾板。Gooch splint 必製成一能包肘前後之形式。上端約至肘凹處。下端有馬蹄形凹、向前之面至拇掌底。向後之面至掌骨頭。須以棉花墊之。以便置穩橈骨之前後。但指仍可移動。(二)卡耳氏夾 第一百七十八圖 乃兩塊木所成。大者置手掌面。其一端之斜橫木。係令患者手持之。小夾板置手背。合而包之。蓋以此夾能常活其指。(三)此夾板。彷彿手鎗之形。須一大一小。前後用之。置大者在掌面。小者在背。兼用可也。以上所述之夾板。有連手包者。過二三日。須將包手之物放鬆。用揉捏法揉之。越二星期可去夾板。再以牛皮製之夾板包之。須常時揉捏取其活動。又有一類橈骨折傷。名曰司氏折。其折與柯雷司氏折形相反。乃橈幹折端凸向後。而下折端凸向前。其治法與柯雷司氏同。

第一百七十八圖

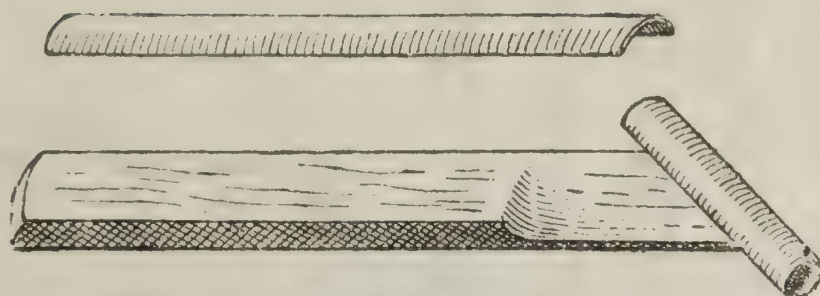


Fig. 178 CARR'S SPLINT FOR COLLES'S FRACTURE OF LEFT HAND

卡耳氏夾板用於橈骨下端折(左手)

(五)**尺骨下骺脫離** Separation of lower epiphysis 乃青年二十以內者所有。此患與橈骨下端折最相似。但骺脫離橈骨幹之下頭更凸向前。且能穿皮。亦可累尺骺脫離。或折畧上於骺。外觀之猶似關節脫臼之狀。第一百七十九圖 有時橈骨不長。而尺骨下端似若甚長。治法與橈骨下端折同。

第一百七十九圖



Fig. 179 SKIAGRAM OF DISPLACEMENT OF LOWER EPIPHYSIS OF RADIUS AND OF THE HAND OUTWARDS

橈骨下骺脫離骺及手移向外

第一百八十圖



Fig. 180 FRACTURE OF BOTH BONES OF THE FORE-ARM WITH DISPLACEMENT OUTWARDS

橈尺二骨折移位向外

第一百八十一圖

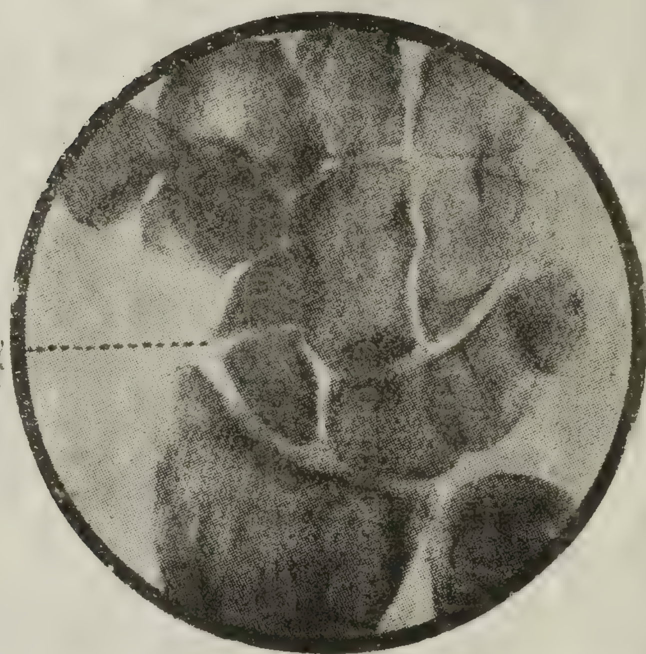


Fig. 181 FRACTURE OF THE WAIST OF THE SCAPHOID (X) IN A PATIENT SUPPOSED MERELY TO HAVE SPRAINED HIS WRIST

舟骨折(X)有人疑爲腕關節扭傷

第一百八十二圖



Fig. 182 RADIOGRAM OF A 'STAVE OF THE THUMB' FRACTURE

拇指隱折用X光查明

尺橈兩骨同折 Fracture of both bones of fore-arm

有直接傷。有間接傷而致。其折位不定。多見於骨中段及三分之下段。(第一百八十圖) 若爲直接傷。二骨多於一處同折。若爲掌戳傷。尺骨折處較高於橈骨。有橫折。有斜折。畸形亦在乎傷之輕重。其上段二骨相關而覆。下段二骨被肱橈肌提上。於青年人踢球或溜冰而跌傷。有時橈骨三分之下段全折。但尺骨則屈折性折。橈骨上段移位向前。居於覆方肌之前。因此不能復回。此類傷之畸形甚顯。故易判定。　治法。臂拉伸。以手使二骨相接。以夾板包之。折位若在覆圓肌末之上。令臂覆而包之。若在該肌末之下。則使半反半覆而包之。所用之夾板詳上。逾五六星期。骨即長固。既用X光線查明其折處。用此法治之仍未復位。應用割法爲妙。因此二骨在中下二份易有不接之弊也。

腕骨折 Fractures of carpus　多因猛力直接傷所致。恐一骨或數骨皆受累。或有穿皮之憂。治之。使手安逸。以掌夾板持之。近來以X光線查之即明。昔日以爲有扭傷。近來則知其爲折傷。惟多受累者乃舟骨。第一百八十一圖　此雖能接連。但亦有不能接連者。或有未接之骨塊。使腕常疼。而腕有孱弱之弊。如此。則須將骨塊取出。

掌指骨折 Fractures of metacarpal bones and phalanges　此類傷不少。多係直接傷而累及第三第四指。畸形不甚顯。腫而甚疼。可揉之相接。用夾板包之。須以鉦做爲善　若其骨相錯。別無他法。只須施割術接之。

本納式氏折 Bennett's fracture　有時拇掌底斜折。第一百八十二圖　其底脫一小塊。此小塊仍居原位。而掌幹被伸拇長肌扯向上後。而居於巽骨後。或有不識此等折者。若不接好。拇指則不靈便。學者當細心察之。方爲妥當。治法。先將拇扯復原。以氈做掌夾板。其下端用貼膏包粘拇指。將拇推上。使其伸出。再將上端繫於腕關節上。

盆骨折 FRACTURES OF THE PELVIS

多因直接傷所致。如打傷、跌傷、鎗礮火車壓傷等類。分論如下。

(一)假盆折 Fractures of false pelvis　位在髂骨上廉、或髂前上角、及髂後上角、打裂或脫落。大半不

第一百八十三圖

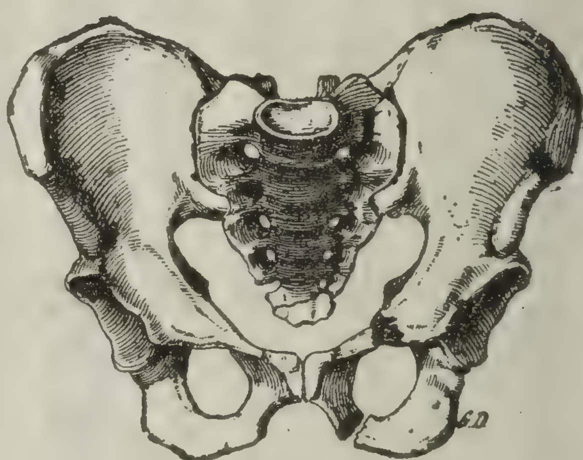


Fig. 183 UNILATERAL FRACTURES OF THE PELVIS

盆之一側在骶骨及胅骨
之二支被折

甚離位。故不爲緊要。亦不甚有畸形。若折在髂上廉。有時臀肌能將所折之角拉下。若折在髂前上角。則髂骬肌可將其折角拉下。 治法。令患者安息仰臥、首、肩、及腿略置高。使肌放鬆。患處以法蘭絨纏之。

（二）眞盆折 Fracture of true pelvis 此係甚重之患。折線經過盆孔。累及胅骨（恥骨）橫降二支。並累及坐骨升支。有時累及髂骶關節。第一百八十三圖 若盆右側受直接傷。亦可間接至左側。兼有左右髂骶關節同折者。譬如一圓圈打折此處傳傷彼處 但骶筋帶不斷。因其甚堅。 病狀。外顯痔狀。全盆痛甚。患者立覺全身之骨如散。無甚畸形。咳嗽及動俱痛。且有擦聲。其最險之兼患。乃在肛、膀胱、尿管等處。若尿管膜段被胅骨傷。有血自尿管口流出。宜勸令患者勿小便。免尿滲於連膶。若膀胱破。尿則滲於腹膜穴。或滲於盆內。若肛被胅骨支刺破。由肛查之。可捫得折端。有時陰道及盆血管。與其腦經。亦受累。

治法 須謹愼。輕移病者。免致腦力猝衰。又恐其折骨插傷盆內器官。患者宜臥於三截之褥。又用木板墊於褥下。令其不甚軟。須安靜俟腦力猝衰狀退去。再使迷蒙。以便詳細查明兼患而療治之。大約不用法令折端復原。因其自能漸復原位。但胅骨折可以指入肛或陰道托之向前。用一寬

多尾帶裹盆處。又須將兩膝縛住。使其不動。洗患者之背時。須令其輕輕轉側。勿庸起身。更宜查定膀胱有傷否。並宜用導尿管以通之。　若尿管撕破。可留導尿管於尿管內。若此法不足。須於會陰剖顯尿管。以免尿滲於胭內。若胦骨支揷於肛。可將會陰處刀口割大。將肛割開。如此。糞等污物易於流出。且患處亦潔淨。　大約除兼患外病者。於六星期可癒合。但必至八星期方可起床。起床時必須扶杖。且用牛皮製之帶裹束。以便保護盆處。有時有後患。如患處生瘡。或胦骨死。或有液質滲於盆胭內。皆可阻礙痊癒。或致痊癒甚緩。

(三)**骻盂折**(髖臼折)　Fractures of acetabulum　分二類　(一)由髀關節脫臼。而骽頭拘骻盂後廉折脫一塊。則股骨頭居於骪(坐骨)後上廉。雖易使股骨復位。然亦易復脫。故須久用牽引法治之。(二)人猛跌股骨大凸。能折骻盂。輕者使骻盂畧裂開。重者裂為三塊。最重者其抵力可送股骨頭揷穿眞盆。以手入肛探之。覺其股骨頭在此。可令患者躺臥。橫扯其肢。亦用指入肛推骽頭復原位。再以貼膏包而牽伸之。亦須早用被動法。此等傷。骻盂裂不甚危險。惟揷穿眞盆。則甚險。因其能傷盆內之器官。如膀胱。陰道等。其病狀彷彿股骨頸折。但頸折能活動。此則不活動。且受此傷而死者亦多。

(四)**骪座折**(坐骨粗隆折)　Fracture of tuber ischii　此傷少見。其狀亦不甚顯。故難辨明。

(五)**骶折**　Fracture of sacrum　每係直接傷。如踢。打。鎗彈等傷。兼能累及骶腦經。致其膀胱及肛或

失其官能。若係橫折。其下端移向前而壓肛。在外可捫其折形。以指入肛內。亦可探之。可設法安好但難穩妥。治法。令患者安臥以盆帶包之。

(六)**骶折**(尾骨折) Fracture of coccyx 此骨或在生產或被擊被跌時。均可致其被折。惟因其係一滑動之骨。故有時該處受傷。而此骨不折。若既被折。行動必痛。且凡使腹內之壓力加大者。如咳嗽、用力、大便等時亦痛。因骶肌兜肛及盆內之筋膜也。以指入肛探之。覺其下端活動異常。或有角形。亦或有擦聲。治法。當安息待其自接。因此患無器具可持之。但其自接恐有不正。若係婦人。則有碍於生產。故須將其骨剜出。可令病者側臥屈腿。或按割膀胱石姿勢。在該處之中線割一口。將連骶筋網割斷。若有未盡斷之網。可用骨鑷箝骨以割去之。切宜注意。勿使肛受傷。割畢縫口二三針。揷一引流管。經數小時。用丁形帶裹其敷料。二三日勿許大便。

有時骶受跌傷。雖未折而痛甚。名爲骶腦經痛。Coccydynia 其故約因骶後腦經與受傷之骨衣有粘着之弊也。倘用藥不效。可將骨剜出。

股骨上端折 FRACTURES OF UPPER END OF FEMUR

(一)**股骨頸折** Fractures of neck of femur 有近股骨頭折者。有近大凸(粗隆)折者。即關節裏筋帶內與關節裏筋帶外是也

股骨頸近頭折 Fracture of cervix femoris near the head 即關節裏筋帶內類。第一百八十四圖 此患多見於

第一百八十四圖

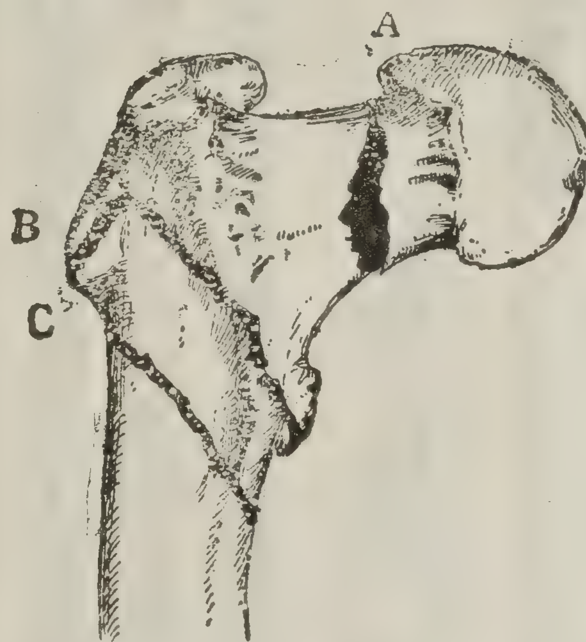


Fig. 184 FRACTURES OF THE CERVIX FEMORIS

股骨頸折
A 近頭折
B 近大凸折
C 大凸下折

老年者。惟女較男甚多。因其骨枯瘦。其骨鬆胭較青年者稀。且骨胭內之脂加多。繞骨鬆胭之密骨變薄。且其骨頸較青年者畧平。故易於折。 受傷之由。大半係碰脚跌倒。及臥而翻身等。腿不自由。扭之而折。其折線無論橫斜。大約皆居於裏筋帶之內。有時裏筋帶所返叠於股骨頭之筋絲。當受傷時未斷。至被醫士所動。或因發炎而軟。始行撕斷者。間有頸下段插入上段而不能動。裏筋帶亦不相離者。但此甚少。折而不插者。其幹被雙頭肌、半腱肌、臀肌及股直肌等拉上轉向外後。所以折面向前。若患者健壯。躺臥五六星期。則可以接好。股骨頭因有髀圓筋帶內之小動脈滋養。故雖折而不死。若病者虛弱。此患雖可接。但有時臥久。有血墜積之患。久而成肺炎。亦有生臥瘡者。若係老年舊有

第一百八十五圖



Fig. 185 FRACTURE OF CERVIX FEMORIS NEAR THE BASE SEEN FROM THE FRONT

股骨頸近底折前面視之

肺氣脬痕。或慢性氣管炎。此甚危險。而痊瘉無期矣。若無此等病。可令其常安臥。骨則可期其堅硬。有時所折之骨頸枯瘺。因有盆內肌腱。及丫形筋帶托之。故人仍可行走。但股骨幹移位往上至髂外面矣。若係插患。且骨衣未全破。當留心不可移動。令患者安寢可瘉。有時小孩受此傷、多有骨折未斷、以X光線照之可辨、因其骨軟、終成股骨頸下曲、觀其外恐誤視為瘝、然瘝較頸下曲來之甚緩、股骨頸下曲亦可依療瘝之法治之、展腿以石膏包之、以妥馬氏髀節夾板及杖扶之行走。

第一百八十六圖



Fig. 186 FRACTURE OF CERVIX FEMORIS NEAR THE BASE SEEN FROM BEHIND

股骨頸近底折 後面視之

股骨頸近大凸折 Fracture of the cervix femoris near the trochanter

雖稱裏筋帶外類。然多累及裏筋帶內外之骨。其折線居於頸前。在裏筋帶之內。或循裏筋帶之附麗處。若至頸後。則可在裏筋帶之外。有時亦可累及骨幹。然傷有輕重之別。有時頸折大小凸亦折。故所折者成三四塊。第一百八十六圖大約直接傷者多。如跌於大凸處。輕則頸插入凸與骨幹交點處。重則能震裂大凸。久之自然長好。但有時插患發炎。骨質漸鬆而散。始而量腿稍短。迨插患初瘉。骨質尙鬆。而人誤動。或因裏筋帶之返筋絲讓鬆。則大凸更往上後。而腿尤短。 此類傷較裏筋帶內折。相接較易。但因生接骨質過多。有阻碍行動之弊。或病者起床過早。患處畧屈。而更顯腿短。

二類股骨頸折之病狀　（甲）患處狀。如痛、瘀、腫、皆有。但筋帶內折畧輕。筋帶外折甚重。

（乙）骨不相接均有擦聲。然醫士不應用力查其有無擦聲。於筋帶內折更如此。

第一百八十七圖

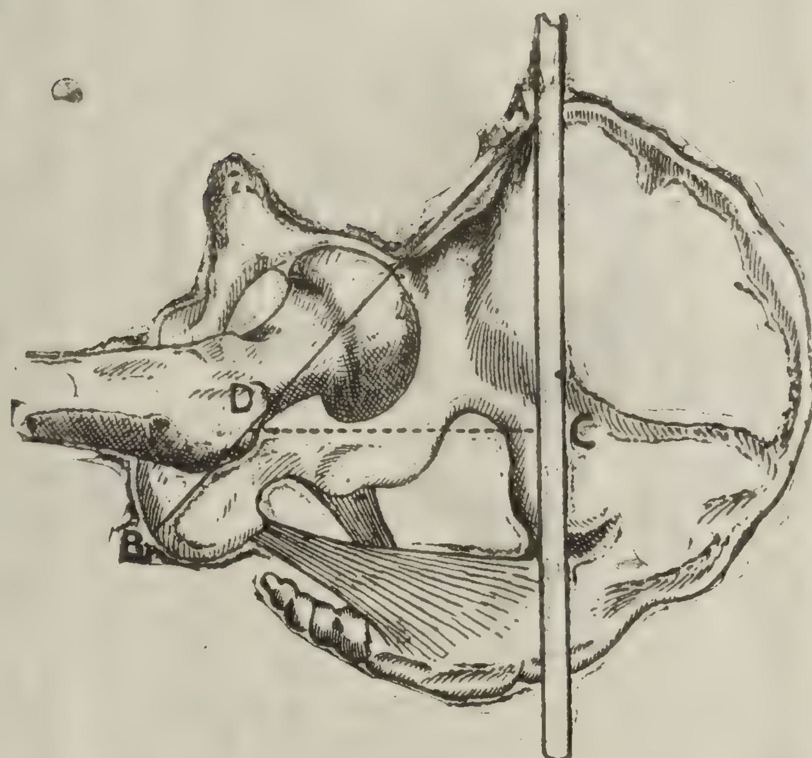


Fig. 187 NELATON'S LINE AND BRYANT'S MEASUREMENT FOR ASCERTAINING POSITON OF GREAT TROCHANTER

AB 尼拉通氏之線

CD 拜安忒氏之線

以此二線量之可知股骨大凸之位如常否

（丙）失動功。此則於筋帶外折較筋帶內折更甚。有者裏筋帶內折。患者數日仍能步行至醫院求診。此大約因其骨折端相揷之故。

（丁）外轉狀。此二類折均有。其故如下。一因腿腫。一因頸前骨質更脆。故易碎。又因轉外肌力過大所致。艇頸折致腿內轉者。乃罕見之狀。若有之。乃折骨之强力由後向前。亦因折骨相揷所致。

（戊）腿短狀。在裏筋帶內頸折。短狀畧少。在裏筋帶外折。其腿更短至二三寸不等。按腿之內圍或外展。可顯明其凸之向上移位若干。

（己）大凸之位置。與辨症有切要之關係。有於折時其凸較無病者畧向上並畧向後者。因腿外轉

之故。且畧近身之中線。有數種試法。可表明凸之移位否。

尼拉通氏之試線。Nelaton's line 第一百八十七圖 乃起自髂前上角。圖A 下至骶座最凸之處。圖B 如常人之腿對其身之中線並齊。以此試線量之。腿屈。其試線在大凸尖略上。腿圍在大凸尖略下。若大凸尖高於試線。則知其股骨頸被折。或因病而枯。或骶頭向後脫臼。

拜安忒氏之試線。Bryant's line 第一百八十七圖 宜令患者仰臥。用尺直豎。上由髂上角直下至床。再以一線由大凸尖量至尺中。(約二寸半)倘此線較好肢畧短。即可知有折傷。

莫利氏試法。Morris's test 乃以垂針尺由身中線量至大凸外面。而比較兩凸與中線相離若干。傷側之尺寸必較少於好側之尺寸。其尺乃一木桿。由中向左右分爲數寸。兩端懸有二針。可左右推移。即知二凸離中線若干。患關節脫臼者。傷側之尺寸。必較少於好側也。

且裏帶外折。以手捫之。可知接骨質加厚。於裏帶內折則不然。乃裂而接骨質不加厚。

(庚)有此折傷時。其髂廉及大凸間之寬筋膜較弛緩於常。即股脛帶之上端

診斷 臀處有腫痛傷腿則有外轉之狀。然無擦聲。亦無腿短之狀。大凸不移位。仍在原處轉動如常。頸折者則不然。但日久間或其頸漸枯。使人疑有折傷。 股骨頭脫臼與股骨頸折可辨明。因脫臼者。股骨頭不在常位。頸折者。其頭仍在髀盂內。 慢性骨關節炎。因跌倒而傷其臀。察之有腿短及擦聲之狀。彷彿股骨頸折然。但無外轉、痛、失功用等狀。且他關節亦有骨炎之患。夫慢性骨關

第一百八十八圖

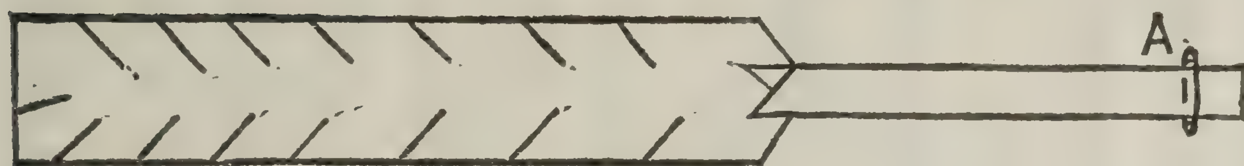


Fig. 188 METHOD OF CUTTING AND FOLDING THE STRAPPING IN APPLYING EXTENSION

牽引法貼膏之形

第一百八十九圖

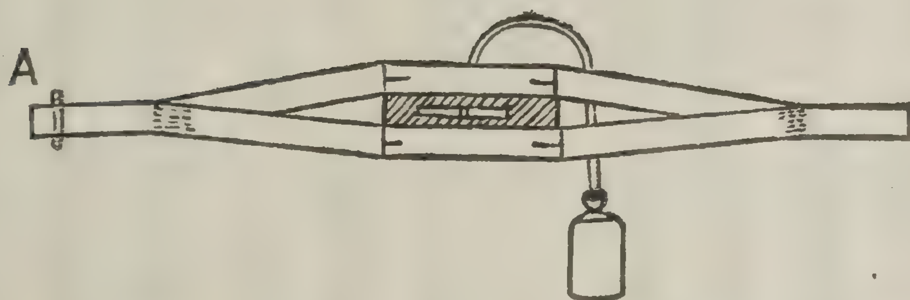


Fig. 189 METHOD OF ARRANGING STRAPPING ON STIRRUP OR "SPREADER"

貼膏貼鐙之法

節炎。其大凸較顯於常。股骨頸折者則不然。乃平於常。頸折者大凸上之筋膜弛緩。至於關節炎。筋膜則否。宜注意者。有時裹筋帶內頸折後。其人又復跌倒。而更傷其對側。即顯痛狀。故醫士診斷時易認對側爲折傷。其實傷在彼側也。

裹筋帶內頸折之治法 臨時斟酌。若係老年人舊有肺氣脬痕。或慢性氣管炎。則不可令其久臥。成血墜積。則有殞命之憂。然始必令臥二三日。以沙袋圍腿。並敷涼水葯於患處。然後用妥馬氏夾板持之行走。若係健壯之人。而骨折不插。當令其安臥約八星期之久。整復折處其法如下。先以手巾於會陰處牽引之。再令助醫牽引其腿。使長短

與好腿相同。並令腿正而不偏。又將全腿仍牽之。漸漸外轉。俾其上下折端正相接合。又用一特別外展夾板。使之不動。如此六星期即漸漸內圞其腿。但仍可用妥馬氏膝夾板及牽引法。並可用揉揑法及被動法。病者不可起床行走太早。必經三個月之久。須用杖扶持。有時可用利司通氏夾板包之。但其結局不如外法爲佳。

墜鉈牽引法。 Extension by weight and pulley 即用牽伸腿之貼膏二條。如第一百八十八圖。其A處係與第一百八十九圖A處相接。再備板爲踏鐙。畧寬於足。將貼膏之兩端貼在其上。(第一百八十九圖) 其中繫一繩。繩末以鉈墜之。始將一百八十八圖之貼膏貼於腿旁。由下至上以絨布纏之。再將一百八十九圖之板置脚下。其A與A線縫連。其牀尾豎以滑車。脚底之繩置其上。腿下置一滑架。(第一百九十圖) (此法老人有慢性肺炎者不宜用之) 所用鉈墜須輕重合宜。使腿之長短合度。其床尾須高。床頭須低。患者姿勢。乃頭低脚高。以便鉈墜相牽也。

美國多用布克氏牽引法。 Buck's method 亦甚佳。此法與上所論相同。但另加一條膏貼於腿後。長一碼寬二寸。至於脚跟。並另纏以裹布。以免脫落。再用一復勒克曼氏活動架。 Volkmann's sliding rest 將腿後貼膏貼於架上。(第一百九十圖)

利司通氏長夾板。 Liston's long splint (第一百九十一圖) 此法以布裹於木條。上端至患者腋下。下端出脚底六寸。由下至上。以帶裹好。或以寬布二幅。以先二幅將夾板捲緊。然後將其餘布置於病者之背後。一

圖十九百一第

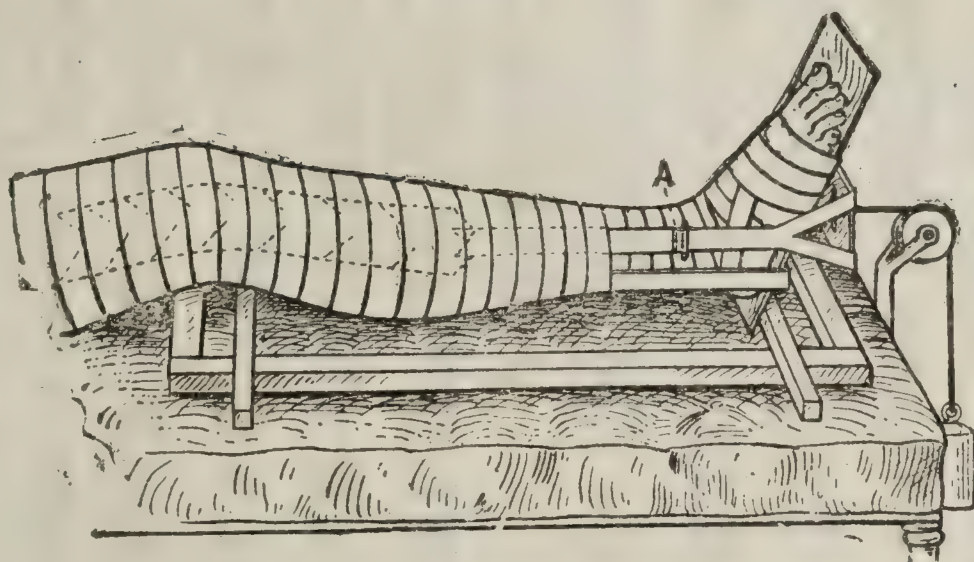


Fig. 190 VOLKMANN'S SLIDING REST FOR FRACTURES OF THE FEMUR

架動活氏曼克勒復用所折骨股

幅包於身。一幅包於肢。後以扣針鎖緊。以軟物墊於踝處。總之照圖爲之可也。但此法不活潑不甚妙　此夾板之下端揷於木架之內。使其不動。

近大凸頸折之治法　約與裏筋帶內頸折之治法相似。惟因受此傷者多係强壯之人。故更宜精心使折處密合。若係不相揷之類。用牽引法爲要。平常多用滑車及鉈墜牽伸之。其鉈之重量必大。或至十四磅亦可。所用之貼膏。必裹至膝關節以上。以免關節筋帶受損。且在膝後墊一包綿之橫板。用石膏裹穩。以妨其肢有內外轉之弊。更用一長板豎於身之好側。俾病者身體平臥不動。或用外展架。其結局亦佳。至八星期可以起床。必用妥馬氏夾板、或石膏帶、更用腋杖、方可行動。若係相揷之類。除青年或好動之人。不必使其折處復離外。凡係老年。可安息六至八星期。用一長夾板夾之。不必用牽引法也。大約折處易於成骨而穩固。但甚有畸形。亦不免有礙於行動。

(二)股骨大凸折（股骨大粗隆折）Fracture of the great trochanter　不累及幹　此患少見。乃直接傷所致。若

第一百九十一圖

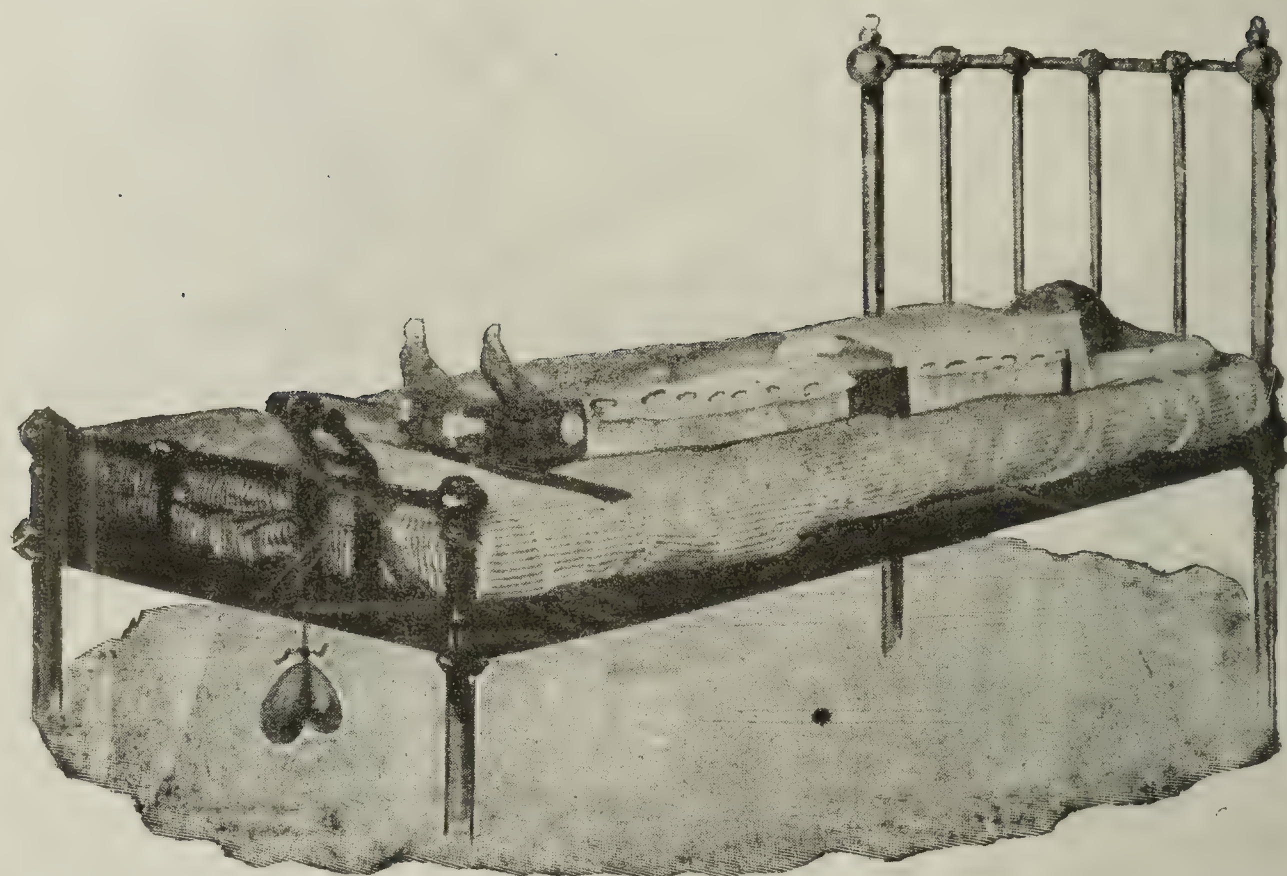


Fig. 191 METHOD OF APPLICATION OF LISTON'S LONG SPLINT WITH WEIGHT EXTENSION

利司通氏夾板及墜鉈牽引法

係青年人。可作骺脫之類。乃凸與幹相離。動之有擦聲。倘若離位。可剖開聯之。或以釘釘之亦可。

(三)**透大凸之頸折** Fracture through the great trochanter 此折與裏帶外折甚相似。折線由髕頸內斜向上前。經過大凸底。(第一百八十四圖B) 折下端向上外移位。而可捫得與大凸相離。施轉股骨幹時。而凸不動。但凸較常厚。按之即痛。此折與凸下折有別。凸下折其大小二凸均屬於折之上端。(第一百八十四圖C) 又被腰股肌所屈。並拉向外。而折下端又居於折上端之上外。故腿較短。且向外轉。此二類折。須久用牽引法。及何哲根氏夾板治之。

何哲根氏夾板 Hodgen's splint 之製法(見第一百

第一百九十二圖

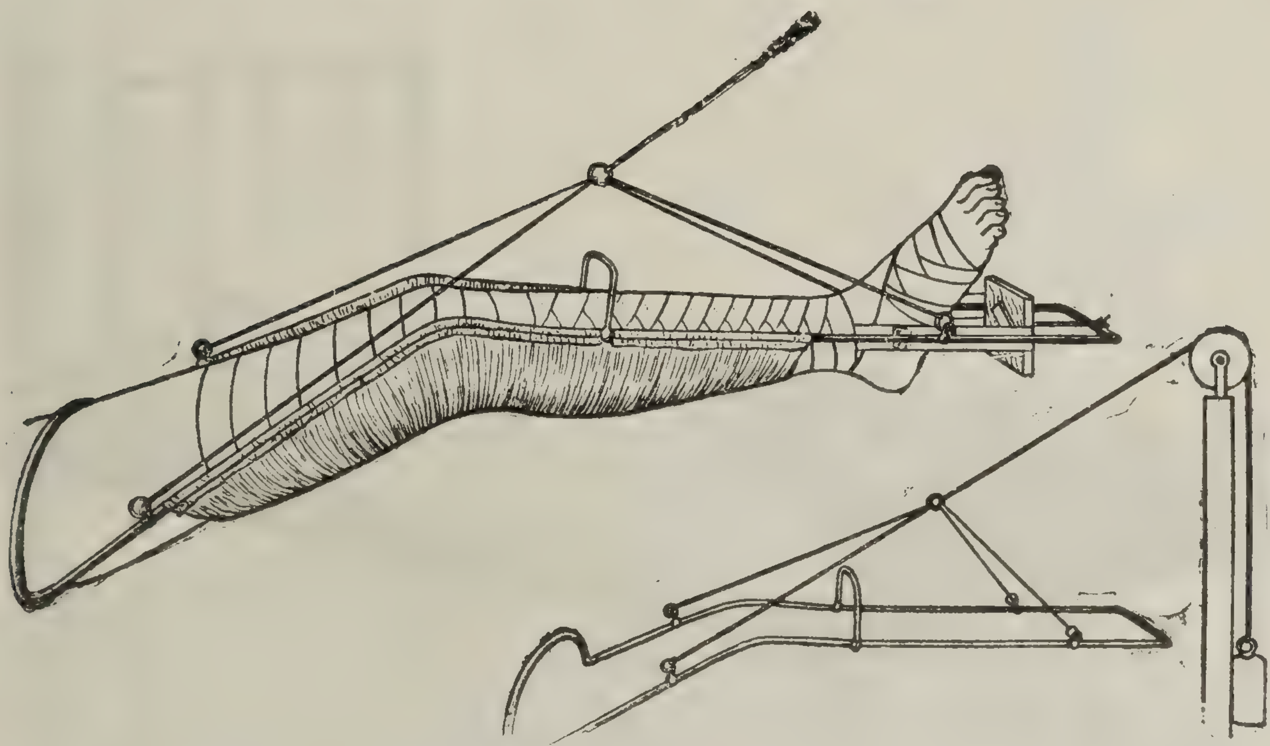


Fig. 192 HODGEN'S SPLINT AND ITS METHOD OF APPLICATION

何哲根氏夾板及其用法

九十二圖如下。乃一U字形夾板。其外側之鉄條。由髂前上角起。至長出於脚底三寸。其內側之鐵條。由內闔長肌起。至長出於脚底。另有一橫鐵條聯合之。其兩側之鐵條。上相距寬。下相距窄。約須離腿一寸之四分之三。兩側鐵條之上端。有一弓鐵條連絡之。與髂胦筋帶平。在膝之下。又有一弓形鐵條連絡之。此夾板於膝部畧有彎形。　未上此夾板之先。須將腿用牽引法裹緊。又用絨布條層疊之兜於腿下。布條之長短。須比該處腿圍畧長。先將夾板置於腿之兩側。又將布條均雙疊之。縫於夾上成一槽形。將腿置於槽內。再將牽引之繩繫於夾板之底。夾板上有四鐵圜。每圜上繫一弔繩。將四繩共繫於一處。床上置一立柱。安一滑車。即將繩由滑車經過。下有一墜鉈。以便將腿提高。墜鉈之輕重。

第一百九十三圖

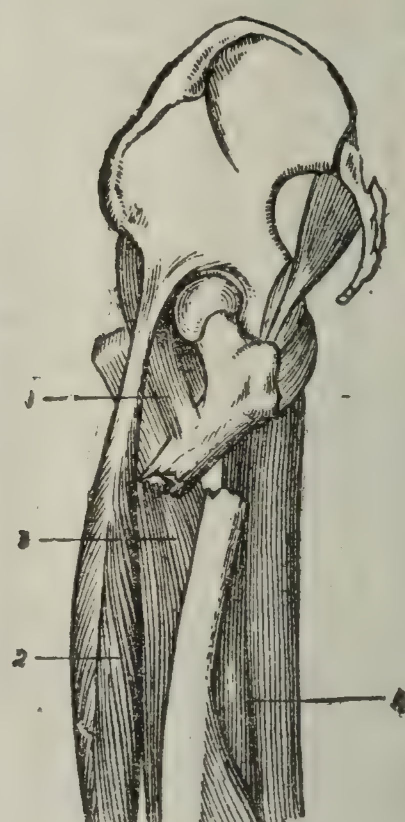


Fig. 193 FRACTURE OF UPPER THIRD OF FEMUR SHOWING DISPLACEMENT OF BONE

股骨上段折

第一百九十四圖



Fig. 194 FRACTURE OF LOWER THIRD OF FEMUR SHOWING DISPLACEMENT OF LOWER FRAGMENT BACKWARDS

股骨下段折

以足能將腿提高離床爲度。最妙另用古尺氏夾板。前後兩片包於腿之前後亦可。既裹好。再用糨搽於裹布使之堅固。更爲妥穩。其牽引繩須常牽之。若弛緩則必設法使緊。

股骨幹折 Fracture of shaft of femur 此骨雖固。其折者最常見之。雖幹之各段均可被傷。但中段爲最多見。而下段折較多於上段。上段截折。多係間接傷所致。下段折多係直接傷所致。無論間接直接之傷。皆能令骨於中段折。用X光線照之。其折線多爲直者。但螺形者亦不少。因該處肌多。而流血及腫狀過甚。故有時難定其有折傷否，骨既折每每移位。但其移位之多少。在乎折形及

折之方位而異。在股上段折者。其上折端被腰股肌拉向前。亦被臀小肌及外轉肌牽拉翻外。其下折端被闔肌及雙頭半腱半膜等肌。提上而內闔。因足重肢外展（第一百九十三圖）在股中段者。若間接傷所致。係斜折。其折線乃前至後。上至下。且被肌拉之相錯。而成角畸形。其折下端。被拉向上內。於折上端之前或後而外轉。上端多撬向前。若係直接傷。其折線多爲横者或碎者。而其畸形不定。股下段折。若爲直接傷。係横折。其下段。被腓淺肌拉往後。有時膕血管被壓或破裂。致小腿成疛。（第一百九十四圖）間或因間接傷而折。其折形斜或彎。上段往後。或刺入四頭肌內。若不扯出。則被肌所隔。以致二骨不能接。膝關節亦被折骨上段之尖刺破。

治法　亦分上中下三者治之。股上段折。因所折之上段短。及撬前而不能拉直。故須令膝關節。髀關節皆屈。下段隨上段之勢。以手使之相接。再用合宜之夾板使之穩固。如馬肯台氏夾板 Macintyre's splint 是也。再用古尺氏夾板 Gooch's splint 二片。長短各一。一在腿前。一在腿外側。使折端不移動。即將夾板於膝處兜起。將脚底縛於木板。足須畧低。使之不動。不然折處恐有相接不合之弊。此乃因上端向前。下端落後之故。若用何哲根氏夾板則甚佳。但强壯之人用手術治之亦可。股中段折若用小夾板而令其折端穩固。須再用牽引法治之。則免有腿短之弊。或用妥馬氏膝節夾板。再用古尺氏夾板包裹患處。使患處不動亦可。或用半箱形夾板。（即一長夾板、腿後有一短塊）將腿裹緊不動。然係斜形。或彎形。更或折骨相疊。用何哲根氏夾板甚佳。或用手術治之亦可。

第一百九十五圖

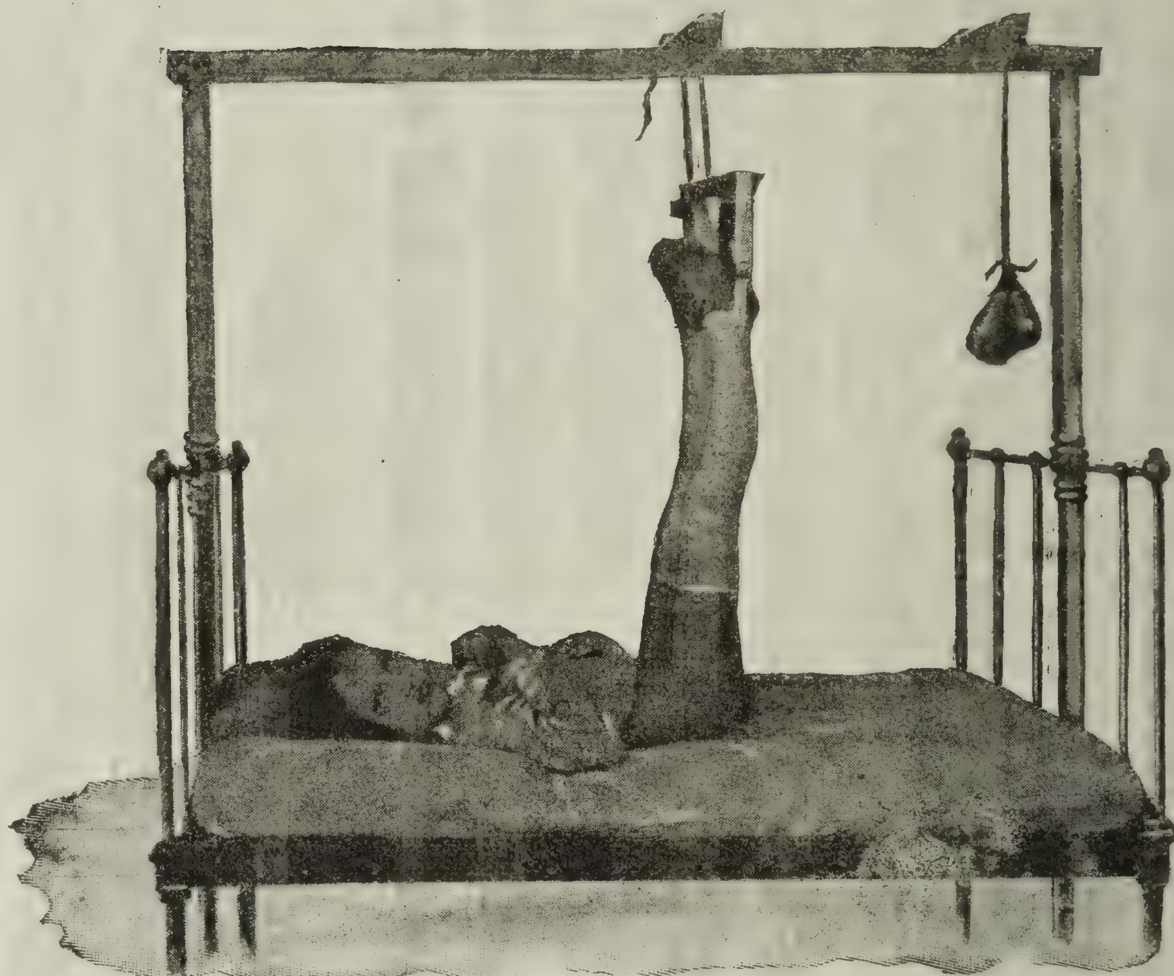


Fig. 195 BRYANT'S METHOD OF EXTENSION FOR TREATMENT OF FRACTURE OF THE FEMUR IN SMALL CHILDREN

拜安忒氏小兒股骨折治法

股下段折。如折下段向後撬。可用馬肯台氏夾板。甚屈其膝。再用古尺氏夾板二片。長者置於腿外側。短者置於腿前。但折端若有斜形。其一端刺入四頭肌內。宜用手術將此肌剖開。使骨吻合。再用釘或螺絲釘固。則可望其骨接合完善。亦有者用何哲根氏夾板治之亦可。若患者係小兒。用拜安忒氏法 Bryant's method 甚佳。其法（第一百九十五圖）如下。病者仰臥。將兩腿弔於床上之橫架。架上以一墜鉈墜之。如此用病者身體之重力。將腿牽引。再用一短夾板。將患處包裹。其意乃於大小便時不致汚其裹布等物。 若不用此法。另用雙腿長夾板。下安一橫片。將兩腿置於其內亦可。 生產時嬰兒之股骨折。最妙用妥馬氏膝關節夾板及牽引法。

夾板之環須墊軟。又須用油紬包裹。並細心施用牽引法。至骨接好爲止。 大約股骨折須六至八星期則接合。但病者仍須再過一月方可用力起立。故在此一個月之內。可用一合宜之夾板。（如妥馬氏膝關節夾板牽引法及置足具）縛於患處。以便病者行動。 凡股骨折後。其膝關節畧不易動。因有液滲於其中。但此液不久則漸消散。不必另用法治之也。

股骨下端折 FRACTURES OF LOWER END OF FEMUR

(一)股骨輪折 又名股骨髁折 Fractures of condyle 兼累及股骨間峽折。折線如T字或Y字形。此患甚痛。其膝關節內積血而甚腫。捫之則知骨寬於常且有擦聲。 治法。施割術爲妙。蓋能除盡關節之血。又可將折碎塊釘妥。

(二)髁脫離 Separation of condyle 最多爲直接傷所致。但間或有間接傷所致者。（如人足相碰而跌倒）傷後其腿無短狀。但小腿或歪向傷側。且膝關節中甚有積血。折端被腓淺肌拉向後。此折端可動而骨幹不動。並有擦聲。 治法。令腿屈。方可易接妥。以石膏包之。若病者係强壯之人。以割術治之更妙。有時惟微折其輪一小塊。而其折骨留於關節內。久之似有外物在關節中。須用割術而去之。

(三)股骨下端骺脫離 Separation of lower epiphysis 此患多係小兒在馬車後座。而其脚伸於車輪內。以致將腿於膝處强伸之。故骺段脫位而向前。其股骨幹下端向後壓膕血管。或致小腿成疕。有

第一百九十六圖



Fig. 196 SKIAGRAM OF SEPARATION OF EPIPHYSIS OF LOWER END OF FEMUR

股骨下端骺脫離

第一百九十七圖

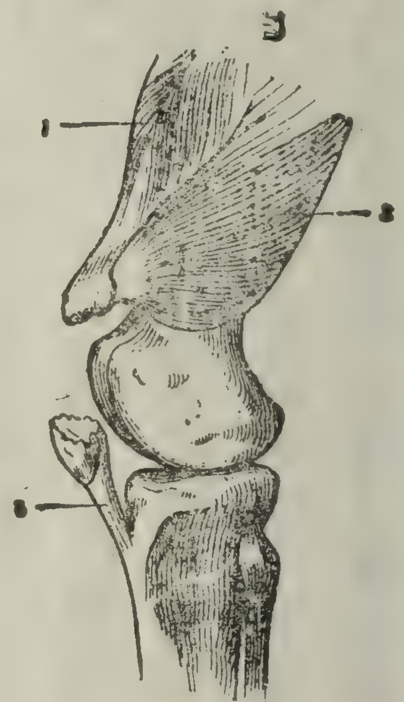


Fig. 197 FRACTURE OF PATELLA WITH SEPARATION OF FRAGMENTS

髕折而相離

1. 股直肌
2. 股外肌
3. 髕下筋帶

時相離之線不與骺幹交界之線同。乃將骨幹之端畧累及之。受此傷之後而患處生膿者亦不少。治法。助醫宜拉病者小腿。使四頭肌弛緩。醫者以兩手托其大腿。緩緩而屈之。再按之使骺復其位。再以裹布縛腿屈至六十度。再置冰袋於膝關節之外側。使其不發炎。此患須十數日方可動。須留心。恐動之又脫。第一百九十六圖

髕折 Fractures of the patella 此患係直接傷而致。或因肌用力過猛而拉折。此二者之狀不同。故分論於下。

(一)直接力折 Fractures by direct violence 折式橫、直、斜、不定。亦有如星芒之式。間或全被打碎。然骨雖折。而骨衣包膜未破。外顯痏狀。關節內或有液滲入。捫之。知係如何折裂。或有擦聲。

治法。使肢安逸。夾板托於膝後。以涼藥水敷之。若膝關節內多有血滲入。宜早以被動法活動膝關

第一百九十八圖

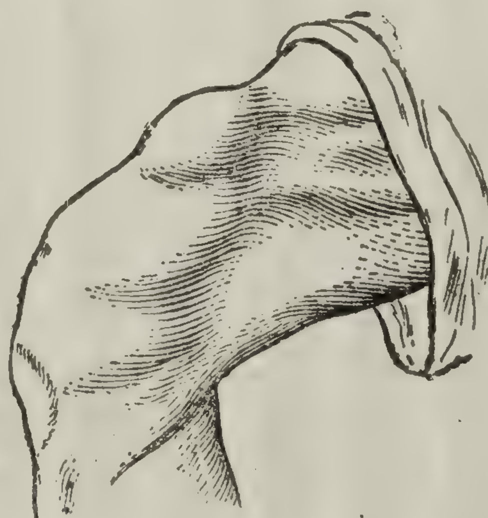


Fig. 198 APPEARANCE OF KNEE AFTER FRACTURE OF PATELLA

髕折之膝形

節爲善。罕有用割術治之者。

(二)肌力拉折 Fracture due to muscular violence

此折形横。大約骨全折。並因筋膜受累。其折之畸形甚顯。折斷之理。乃因人跌時。膝彎近地。隨速於立起。則髕骨爲膝關節所頂。其肌將髕拉折。(第一百九十七圖)或患者之髕異常軟弱。故易折。亦有此髕治癒後他日彼髕亦折者。折段大半上塊大。下塊小。間或全髕皆裂碎。

病狀 腿失功用。且腫痛。捫之覺折。因四頭肌將髕上段拉離位。(第一百九十七一百九十八兩圖)骨折後生接骨質接合者罕有也。因折間有筋帶碎塊阻隔。及上折塊拉上過遠。故不施割術而接之。則恐僅有筋絲接而已。有筋帶碎塊阻隔。若筋絲堅固而短。則有用。但半鬆而不甚堅。人行走則伸長。致關節軟弱而腿難於伸直。

治法 有三。(一)以夾板持之。(二)皮下縫之。(三)剖開連之。

(一)夾板法 若折骨不離位。及病者不能受割術。可將其腿伸直。以最堅之貼膏。即合宜之皮所製。其上端貼於膝上。其下端貼於膝下。使有鬆緊之力。並在膝之左右置二條。又將腿置於腿後夾板。再將皮繫於脚横片以牽伸之。若關節內有滲液。可用空針吸出。過三四星期。病者方能起床。但須仍帶夾板。並以杖扶持。每日解去夾板。用被動法。及揉捏法。至五六星期中。可用特別夾板。(第一百九十九圖)此夾板能令膝節微動。後去夾板之一小齒。而動則加大。後至全動。用此法治之。結合處大約爲

筋膶所成。但病者若能久用至十二個月。筋膶則甚堅。結局亦佳。夫筋膶旣堅固。雖病者之此骨再折。而原處之筋膶無恙。不過於新處折而已。若病者係苦工。不能躭擱日久。宜用割術治之爲妙。

(二)有云剖開膝節。染毒之危險甚烈。故有數種皮下手術。其最佳者爲巴克氏 Barker 所發明。第二百圖其法用銀線繞髕前後而結之。先在髕下以腱刀割一小口。將關節內之血及滲液擠出。用疝針由刀口入。經過髕後面至上由皮穿出。將銀線下端隨針帶入至下口。再用針經過髕骨前面至上口。又將銀線上端帶入至下口。如此髕骨前後被線所繞。隨將線之兩端扭旋之。即可使髕骨折端相吻合。剪去所餘之線。而壓其端於皮下。亦須在膝後用夾板持之。至一星期之久。再用被動法動之。至第二星期。病者可起床。扶杖行走。至五星期則可自行走動。不賴扶杖矣。

圖九十九百一第

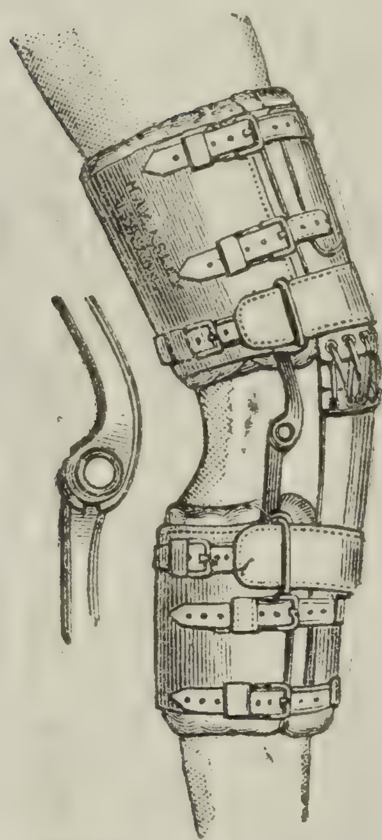


Fig. 199 SPLINT FOR FRACTURED PATELLA

板夾別特折骨髕

(三)李司特氏公爵 Lord Lister 所發明之剖開連法。按著此書者云。其法最佳。因可看明折端之間。有侵入之肌鞘及筋膜塊等。能盡去之。最妙於受傷後。過數日。使腫畧退。然後施用此法。其法乃將

膝前割一馬蹄形之刀口。後再將折骨間所隔之筋膜等物盡去之。但須以錐將髕骨鑽眼。其眼由

第二百圖

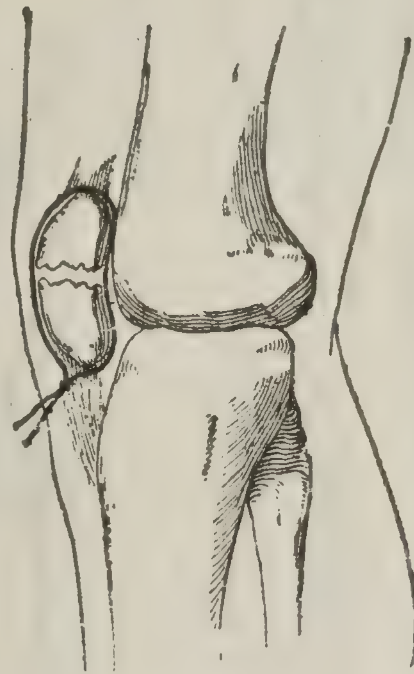


Fig. 200 BARKER'S METHOD OF SUBCUTANEOUS SUTURE FOR FRACTURED PATELLA

巴克氏銀線繞折髕法

第二百〇一圖

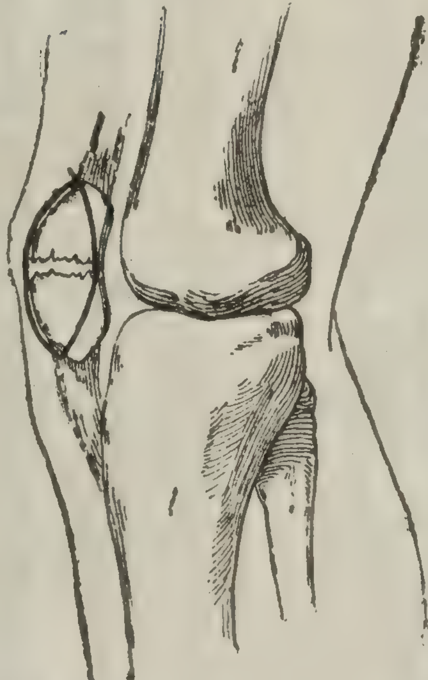


Fig. 201 LISTER'S PLAN OF SUTURING PATELLA BY OPEN OPERATION

李司特氏銀綫縫折髕法

髕骨前面穿入。斜循折端。畧近接面。至折面而穿出。（第二百〇一圖）若折面穿出之眼不相對。須將折面骨或腡修理使成一槽。銀線即可嵌入槽內。而使折端十分吻合。再用一適宜之銀線。按眼穿入。穿至上端。即在該處打一結。並將此結及線端壓入骨衣軟腡內。以免皮下搓磨。有時須加用銀線一條。以免折端轉動。銀線穿好。即將皮縫之。並用腿後夾板扶持之。若病者係壯人。過十日可用被動法動其膝。過十四日可行走。但年老或傷劇者。須多數日方可。　有時用哈迷吞氏 Hamilton 法甚佳。（第二百〇二圖）乃以銀線橫穿髕骨。如此。折端更不移動。且銀線不致有勒鬆之弊。

久未愈者。其折端間之筋腡牽長。而腿之功用甚不利。只有割法治之。始可望其有效。折端間之筋腡割去之。又須將折面鋸平。再用錐鑽眼。穿以銀

第二百〇二圖

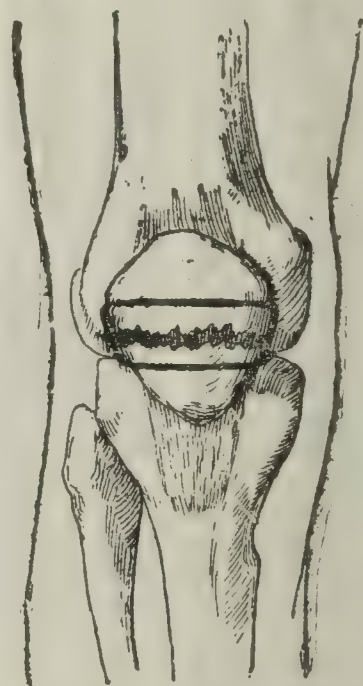


Fig. 202 HAMILTON'S METHOD OF INTRODUCING SILVER WIRE FOR FRACTURE OF PATELLA

哈迷呑氏縫折髕法

線。上折端若連於股骨。必使其相離。若四頭肌有日久縮短之弊。須略割之。以使其伸長。並須使髀節屈。腿伸直。且升高。以免折端被扯。每日漸漸低落。至四頭肌長短合度爲止。若以此法治之。折端尙未十分吻合。仍有空處於折端之間。但其間有銀絲繫之。病者可行動以便四頭肌牽長。後再施用此法。且藉接骨質可得十分吻合之功效也。

小腿折 FRACTURES OF THE LEG

脛骨折又名**骭折** Fracture of tibia 有數等。(甲)上端折。多係直接傷。折形橫或碎。外顯痏狀。間或有人由高墜下。戳及脚跟。而間接傳折。上端內外阜開裂如丁字形。下段之幹插入阜之內。或一或二全插。亦有一阜獨折者。但少見。 治法。製一馬肯台氏 Macintyre 夾板置腿後。令膝節屈而包之。(乙)脛幹骨多係直接傷。上段折形橫。下段折形斜。捫之即知折處不甚離位。因腓骨規之。其上折端被四頭肌拉之向前。其尖則向上撬。或將皮穿破。 治法。用夾板夾於後。或夾於旁。宜待腫消後。再以石膏包之。倘其骨已碎。須待日久。方可痊癒。有時因折形不如常。令折復原甚難。故宜

用割術治之。(丙)內踝折係直接傷。而不甚離位。後被筋絲或骨胴所接。但因略離本位。則踝關節即弱。而行走俱有不便之弊。　治法。若係離位者。剖開將骨釘於脛骨上。但不甚離位者。可用旁夾板包之。並用揉捏法及被動術。

社拉待氏症 Schlatter's disease　此係幼年脛骨幹上段之症。其原因未查定。大約因幹上髑之舌形尖。(此舌形尖於成人時即成脛前阜(凸)) 患者自謂捫該處即疼且腫。行走則顯跛狀。但關節未受累。如安息不動。此患能自癒。以X光線查之。幹上髑畧似向前移位。但不宜用割術治之。

腓骨折 Fracture of fibula　此患亦不甚少。多係直接傷。不甚離位。該處疼痛。欲知折在何截。執幹搖之。痛在何處。折即在於何截。亦可以X光線視之即知。　治法。以石膏夾板包妥。

脛腓二骨同折 Fracture of both tibia and fibula　此患最多。有直接傷。有間接傷致者。如係直接傷致者。無論何段皆可折。間接傷致者。惟在幹軟處折。其折位。腓骨折較脛折略上。其折線多為斜形。乃向下前內側。下段因腓肌縮力大。將其提上。並被足重力致向外轉。故其肢較好者甚短。　間接傷者。折上段之尖多能穿破皮。　以X光線照之。可知係如何折。最劇者。因其下段扭折。故其折線略似螺形。此等較斜折離位略少。然因骨折端插入肌胴內。接時每甚難。雖用割術亦難吻合。

治法　輕者使腿屈。其肌則弛。可用手捏弄之。使骨復位。以兩旁夾板持之。但外側板須長於內側板。且兜於脚底。　用馬肯台氏後彎夾板。有時以木作夾板如匣然。慎不可令足歪。欲察足歪與

第二百〇三圖

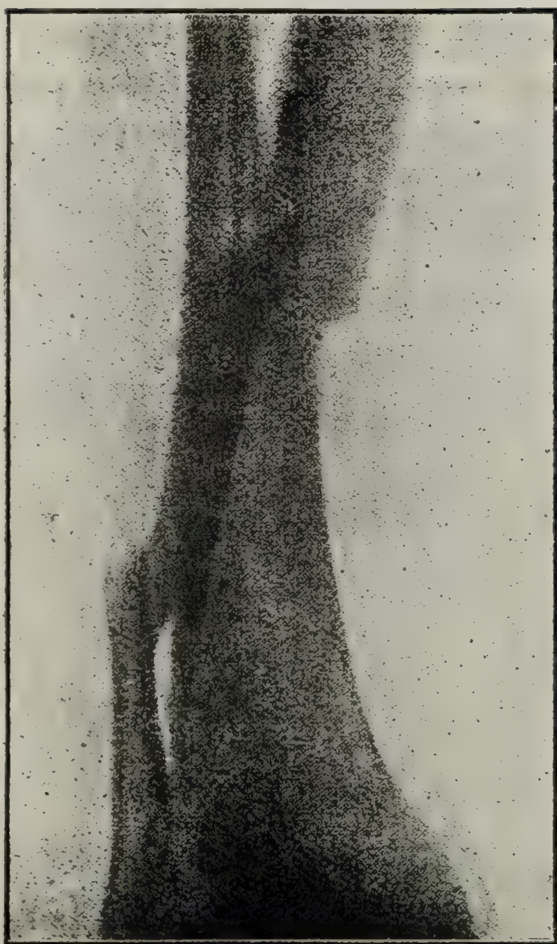


Fig. 203 FRACTURE OF BOTH BONES OF THE LEG SEEN FROM THE FRONT

小腿二骨同折由前面視之

第二百〇四圖



Fig. 204 THE SAME FRACTURE AS IN 203 SEEN FROM THE INNER SIDE

與上圖同由側面視之

第二百〇五圖

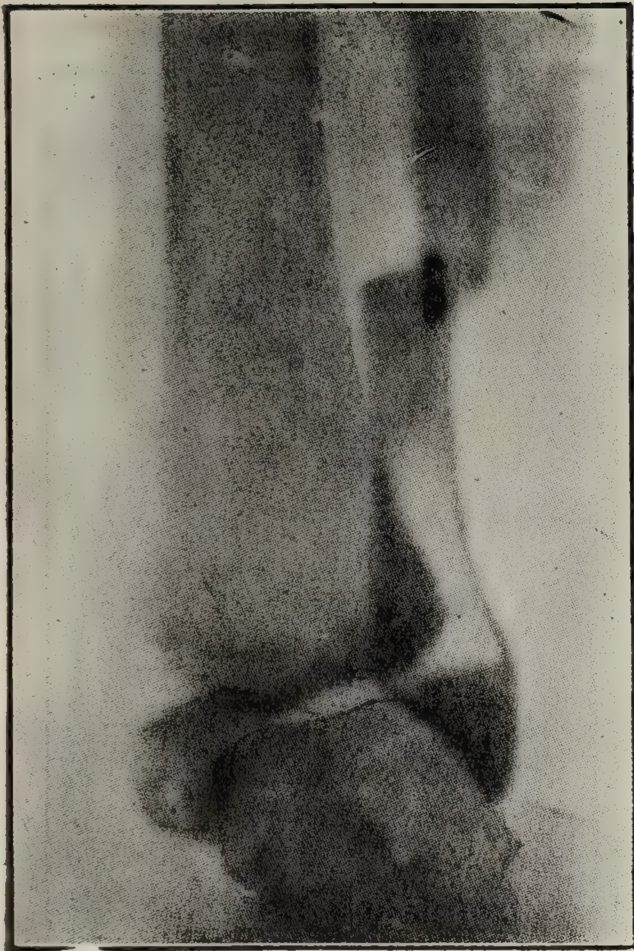


Fig. 205 POTT'S FRACTURE SHOWING SEPARATION OF THE INTERNAL MALLEOLUS AND FRACTURE OF THE FIBULA

腓骨下段折並內踝脫離卽坡忒氏骨折

第二百〇六圖



Fig. 206 DUPUYTREN'S FRACTURE WITH WELL-MARKED DISPLACEMENT OUTWARDS OF THE FOOT AS WELL AS OF THE LOWER FRAGMENT OF THE FIBULA AND THE INTERNAL MALLEOLUS

腓骨下段折並筋帶斷卽度陪呑氏骨折

否。以尺下平內踝。上平髕內廉。規爲一直。 過二三星期。大略接穩。故須去其夾板而用石膏模包之。每日解開用揉揑法。然至終起床行走時。其腿仍不便利。斜形折與螺形折有時難治。若病者係苦工而腿折。並未接穩。此於工作甚有碍。故須早設法治之。近來外科士多用剖法而接之。施此術後。宜以X光線視折骨歸位否。

近踝關節折 Fractures in the neighbourhood of the ankle joint 大約間接傷所致。如人跌脚令關節脫臼而致骨折。故稱爲骨折關節脫臼。(一)跌時足向外偏爲最常見者。其類有數。(甲)腓骨下段折又名坡忒氏骨折 Pott's fracture 第二百〇五圖 乃因忽然跌倒足往外撇。內踝受力過度。則踝關節內筋帶撕斷。或內踝折。蹠骨抵腓骨。而使外踝往外。但因腓脛二骨間筋帶所連而不讓。故腓骨離踝三寸折斷。其下段之折端圍於脛骨。且脛腓二骨下間筋帶不斷。故將足跟外轉而展。並拉撬。而趾乃低。若脛內踝關節筋帶獨斷。內踝則凸出或穿皮。惟內踝斷。則在其上顯一凹。此二類折均扯開踝關節。踝內側及腱鞘間。有多血滲出。

(乙)腓骨下段折並筋帶斷又名度陪吞氏骨折 Dupuytren's fracture 第二百〇六圖 其折式同上。但較甚其。脛腓二骨間帶全斷。或筋帶將附麗脛骨處一片亦脫下。則脚拉腓骨下段及脛骨脫下之一片向外移位。若蹠骨不十分離開脛關節面。則踝向上後移位。足則甚外翻。踝之畸形則頗劇。並內踝筋

帶亦斷。或內踝折。

(丙)有一類傷腓骨折形如常。但脛骨折形乃橫。其折在內踝之上。並其上段之折端凸出。彷彿髁形。致有誤認其爲踝尖。而不療治者。日後則畸形甚顯。

(丁)若小兒之此類傷。其腓骨之折形同上。但其脛下骺脫離。脫離之徑大約橫行。但有時累及脛幹外側。

以上四種傷。大約踝關節均受累。並有血滲入腱鞘及肌間。故其折甚難復原。難得一完全結局。有時骨接以後。痛及畸形加劇。蓋因病者起床過早。而接骨質被身之重力所壓而扁。倘接之不正。則踝與脛幹之中。多生接骨質。而足則歪展。

(二)足向內偏 Displacement of foot inwards　若跌於足之外側。其蹠骨將內踝抵折。或踝揷入蹠骨內。外踝及足向內被拉。並因脛腓二骨間筋帶未斷。則爲倚點。而腓骨離踝三寸處拉折。其足則偏向內而略後。

(三)足向後移 Displacement of foot backwards　跌時脚跟戳地。以致受震力。脛腓二骨則均折。如腓骨下段折然。但足不外翻。

治法　治此等骨折。宜使腿略屈。以弛緩其肌。或割斷踵腱使之弛緩。須認定內踝在何處。拉其腿。使折骨相接。但不可急用夾板。待足位成正角形。然後用之。須將足伸正。(一)不可銳角。亦不可

鈍角。(二)脚跟不可過往後。(三)脚不可轉側。欲知足正否。以一板上平髕廉。下平內踝及蹞內側。規成一直。可用開氏夾板。Cline's splint 或用二百〇七圖之法。即度陪吞氏夾板是也。Dupuytren's splint 係用一夾板。上端平膝關節。下端過脚底。置於小腿內側。病者向好腿側臥。亦宜以物厚墊之。墊至內踝作一倚點。再以布帶將足縛於夾板。使足向內側。上端亦用帶持之使圍。 若脚跟有向後之弊。用森氏馬蹄鐵形夾板。Syme's horse-shoe splint 置於腿前。並用度陪吞氏夾板置於腿側。森氏夾板係平扁之木所製。用軟物墊厚。置於脛骨前。上端至膝。下端至踝。其馬蹄鐵形之二支。在足內側及外側。長過脚底。並用布帶置中點於脚跟。再將布之兩端。由夾板及足之間穿過。再繞回仍縛於脚跟。如此脚跟則兜向前。

第二百〇七圖

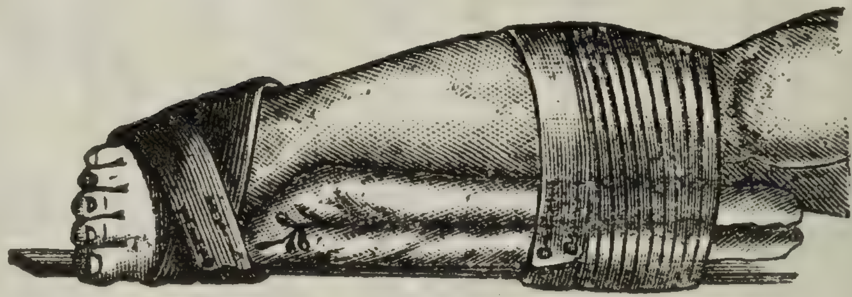


Fig. 207 DUPUYTREN'S SPLINT APPLIED FOR POTT'S FRACTURE

法板夾氏吞陪度施折段下骨腓

過十日或十四日。至傷處不顯畸形爲止。可去此夾板。再用石膏製之旁夾板持之。每日撤去。用揉捏法。至行走時雖日久亦宜小心。以免被身之重力壓而復顯畸形。 有輕者將鞋底內側墊厚。以令足略內翻而免外翻之弊足矣。 但重者湏用鐵條於腿外側。上端之圜置於膝上。下端直挿入鞋底之槽內。 輕者可早施揉捏法。再以貼膏作夾板持之。甚重

者用割術縫妥亦佳。
接合不良者。可施割術。將腓骨復斷之。再剜出一V形塊於脛骨下端。或剜至關節內。以令內踝接於脛幹。足便端正。

踵骨折 又名**跟骨折** Fractures of os calcis

有直接傷致者。如由高墜下腳跟落地或腳跟被打 有間接傷致者。或因過用肌力被肌拉折。此則能將所折之骨拉上。若折在踵體。不顯畸形。因骨間筋帶。及旁筋帶所護。若踵小阜折。則踵舟骨下筋帶鬆。足則平。倘從高處跌下者。恐踵骨俱碎。 治法。無畸形者可用石膏包之。若係肌將踵骨拉折。骨折塊拉上者。可屈腿弛緩其肌。或割斷踵腱。或剖開。將折骨釘穩。病者行走時。如慮蹠足平。宜用弓形鐵條置於腳心。

躩骨折 又名**距骨折** Fracture of astragalus

多因由高處跌下。或重物打傷。其骨大約成碎骨。並移位向前後不定。而凸於皮下。有時不獨躩骨折。且脛腓二骨皆可受傷。或股骨亦受害。因全踝瘀血甚多而腫。故此折傷不易判斷。 治法。以石膏包之。但恐恆久有踝不活動之弊。故重者須剖開將碎骨剜出。 有時傷輕者。躩骨微裂。裂處大約在骨頸。此傷多因身之重力將足弓壓扁。以致失其復囘之能。若受傷時足面仰屈。其骨被脛骨壓折。或脛前廉插入躩骨內。此等傷。宜早用揉揑法活動之。其餘之足骨。皆可折斷。但此毋庸細述。

第二十一章　骨症

DISEASES OF BONE

骨炎

INFLAMMATION OF BONE

總論　骨有長、短、扁、異之別。皆爲密實及鬆二種骨䋄所成。短者。係一層薄密骨䋄繞一塊鬆骨䋄而成。鬆骨䋄內有連䋄髓脂充實。扁者。乃兩層密骨䋄而有鬆骨䋄居於兩層之間。(在顱骨則稱鬆䋄爲顱骨絨質)(板障)長者。其幹乃爲密骨䋄所成之管。其中有髓充實。而兩頭大。由鬆骨䋄所成。其鬆骨䋄間有脂及血管。故有養骨之功。亦有生血之能。由髓至骨衣有細管。故通於全骨。骨衣骨髓所有之血管皆相通。而血能循環於全骨。

養骨血之來源。(一)由於養骨動脈。此動脈由骨孔入至髓內分多枝。蔓延於髓䋄中。又通於骨管。(哈氏管)(二)由於骨衣。乃爲骨之包膜。多有血管。此小血管入骨管。而與骨髓血管相通。在骨骺此血管更大而且多。　在髓䋄內亦有大靜脈。若骨發炎。此靜脈或有結血塊塞管之患。如有稚侵入血塊而佈散。則起稚串瘽。　骨生長。其勢有三。(一)骨幹向骺而長長。然骺不甚長。上肢多在腕及肩處長長。下肢近膝關節長長。然養動脈不向此處而入。(二)骨長粗而大。乃起於骨衣之下。然有人疑新骨從骨衣而起。或骨自出骨脒而生。(三)骨增密實。乃由繞骨管䋄所加之骨質而成。

論及骨炎症一事。不可不記炎病所常有之狀。即盈血、滲液及網變三者。但其狀有異。因骨硬而無讓力也。若有急性炎則有盈血滲液之事。因骨管不讓。血管則塞。而網即死。倘炎爲次急性。滲液及白牀即能消化骨網。而骨變鬆疏 Rarefaction 或名癬 Caries 反是係慢性炎者。而非因瘰或瘤壓所致者則可生新網。而有骨變密實 Osteo-sclerosis 之憂。骨瘰多能使骨變稀。間或亦能起骨變實之患而瘤及動脈囊壓骨亦然。令骨枯。或鬆疏。但繞瘤之網或變密。蓋骨衣、骨質、骨髓三者互相通連。有一發炎。餘皆受累。骨死、骨癬、骨加實。皆因炎所致。故此三者。不必視爲專類之症。

骨死 Necrosis

第二百〇八圖十圖及二百十一圖

有數種。其故不一。(甲)因骨衣某處有急性炎而生癉。或外面堅骨死一片。(乙)急性染骨髓炎。始則骨內炎。久而漸出骨外。骨雖甚受累。若早治之。或骨不全壞。第二百〇(丙)骨鬆網染性炎。無論急性者次急性者皆成小片死骨。因骨細管未被肉芽網所消故也。(丁)瘰性骨鬆網炎所成之死骨。鬆稀而輕。或有似豆腐質居於其中。且死骨罕有離圍繞之網者。(戊)癯症起者。致骨甚變密實。或骨衣生癯瘤。後染膿穊。(己)中毒藥所致者。如錸硫等氣入牙。(庚)亦有時因老年失培養。得老年疖而致。(辛)骨受外傷而人不覺。如傷骨一塊不發炎。不生膿。後則其骨落入關節。使關節不甚靈便。如股骨髁被擊。而小骨塊落於膝關節內。此常見之。若一肢有一或數瘺。常出膿或血清。並繞瘺口有肉芽增加。捫其肢覺骨較粗於常。可疑此肢內大約有死骨。宜用探針插入瘺內。即可查得死骨。有時須經過新骨壳。方遇死骨。

骨變鬆疎又名**癬**或名**骨瘍** (Caries) 乃骨變軟如海絨。以探針探之。而骨粉爛。其原由有數。(甲)因在折骨相接時畧發單純次急性炎而致。(乙)因骨鬆腡有急或次急染性炎之患。(丙)因骨鬆腡或骨衣有瘰症而致。(丁)因癯症累及骨髓或骨衣下。以顯微鏡驗之。骨髓變爲肉芽腡。腡內有多核巨脒。又名食骨脒。Osteoclast 將鬆腡漸漸消化。致成數小窩。而食骨脒則佔於其中。若係瘰症。或癯症。則骨脒變壞爲脂。有不生膿而骨變疎鬆者名曰乾骨癬。Dry caries 有時生肉芽過多。延長骨關節。如菌形。間或亦有小死骨片。且能隨膿流出。若係瘰症且有大塊死骨在廢物中。骨癬與骨死相同之處。頗似軟腡之瘍與疥然。骨癬癒後多變密實。而有畸形之弊。

骨變密實 Osteo-sclerosis (甲)多因慢性骨衣炎而起。此慢性炎或由癯症或他症所起。(乙)因慢性骨髓炎。或癯性。或瘰性。或單純性。(丙)慢性密實骨炎。獨因骨髓。或骨衣炎所累而起。皆能令骨鬆腡與骨管漸生新骨以至骨管塡小。有時癯起之炎。更生新骨。將管閉塞。則骨失血之養而死。若係瘰炎。骨變實之處。離瘰炎處畧遠。可爲骨所成天然之盾。以免病延蔓。且爲病癒後之疤痕。

骨炎分類 CLASSIFICATION OF INFLAMMATORY AFFECTIONS OF BONE

(一)骨衣炎又名骨膜炎 Periostitis (甲)限處急性炎。有有膿或無膿者。(乙)佈散急性炎。此由

急染性髓炎而起。(丙)慢單純性炎令骨加厚。(丁)慢瘰性炎。(戊)慢癯性炎。

(二)**密實骨炎** Osteitis of compact bone　多繼骨衣及骨髓炎累及而生。急性者。能令骨死。次急性者。則令骨疎鬆。慢性者使骨變實。但骨瘰症不然。

(三)**骨髓炎** Osteo-myelitis　(甲)急染性者。(乙)次急性者。或單純性或染性 始令骨變疎鬆。終變密實。(丙)慢性者或瘰性癯性單純性。此皆能使骨漸增大。亦有骨變密實或變疎鬆之憂。

(四)**骨鬆胴炎** Osteitis of cancellous bone　(甲)急染性炎。(乙)次急性炎。或單純性或染性者。(丙)慢性炎。或單純性。或瘰性或癯性。病於幼年者獨累及骨幹之一端。此患即稱骺炎。Epiphysitis　若急染性骨髓炎。累及近骨骺之骨幹多血管胴。有人誤稱骺炎。　以上分類不必詳述。因數類有互相連屬之處。故只將急性與慢性者分爲二大類。

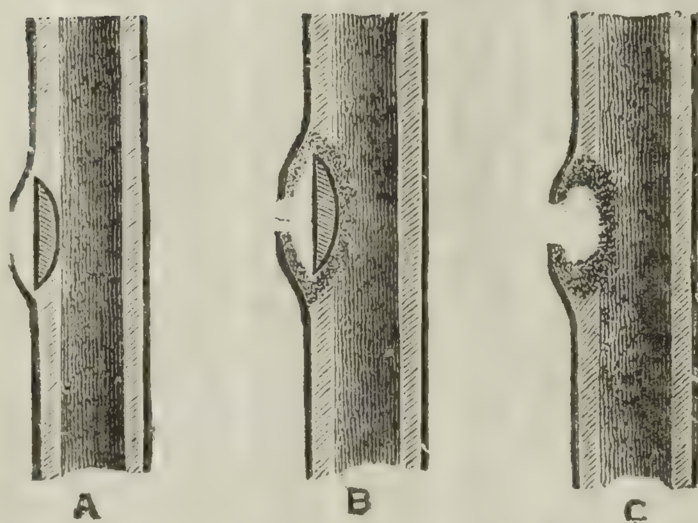
急性骨炎　ACUTE INFLAMMATION OF BONE

(一)**急限處性骨衣炎** Acute localised periostitis　多因打傷而起。有皮破皮不破之別。亦有因痺症。或圍骨胴發炎所致者。如牙窩癉累及骨發炎是也

病理　細察。則知胴始有盈血。後有液滲於骨衣中。以致骨衣腫。輕者能漸漸散去。雖然能散。而骨仍畧腫。或成慢性炎。重則生膿。剖開有壞骨可見。間或有輕毒性之膿稍侵入患處。此稍或由皮

破而入。或由他炎處而來。或由血而致。漸累及由骨衣入骨之小血管。致小血管盈血而漲。後則因滲液所壓。結成血塊。至終因骨衣下之滲液甚脹。以致扯此血管離骨。故該處之骨則欠血養而死（第二百〇八圖A）迨膿出後。則其緊脹鬆。而病始漸癒。病輕而淺者。該處則生肉芽。將死骨逐漸消化。使之長好。若死骨係密實骨而累及甚巨者。按前論之病理。好胴與該骨相離。見七章九十六頁。骨衣之深面即生新骨成殼。將死骨圍繞。此新骨先疎鬆。後變實硬。但在此新骨中。猶有未消盡之死骨。且在此新骨殼有瘺穿於皮外。而膿可由此瘺流出。

第二〇八圖



A 死骨活骨未相離膿已出而骨衣離骨
B 死骨活骨畧相離骨胴鬆疎而骨衣成骨殼
C 死骨已脫落

Fig. 208 SUPERFICIAL NECROSIS RESULTING FROM A LOCALIZED PERIOSTITIS

急性限處骨衣炎所致死骨圖

病狀 急限處性骨衣炎。與他處急性炎狀相似。疼痛甚劇。夜間尤甚。若肢落下。或被壓。痛則更甚。若某處皮下之骨受累。該處即疼腫。其腫乃先硬。至成膿時。中央則軟。且蓋該處之皮。紅而盈血。倘此瘇已破或剖開。骨衣下可捫得無衣之骨。此骨大約必死而漸消散。或離好骨而出。 無論自破或剖開。必成一瘺穿至患處。其流出者爲膿或血清。乃在乎患處染穢與否。過五六星期。死骨塊與好骨相離。以探針探之。

則知死骨塊在凹陷處活動。並有肉芽膶遮蓋其凹陷壁。

治法　初起時當將肢升高。安定不動。並用熱敷袱或用卑耳氏盈血法或有效。若用此法不速見效。又恐生瘺。可剜開骨衣。則可免其成膿。或限定死骨塊。倘骨已死。須細心妥爲敷葯。以免雜穉侵入。待後死骨消散。或與好骨相離。夫死骨既與好骨相離。須割一口於患處。將新骨壳開大之。再將死骨取出。其凹陷處即被肉芽充滿而愈。

(三)急染性髓炎 Acute infective osteo-myelitis　又名急性骨死或急染性骨衣炎或急性骨幹炎或急性全骨炎　此症惟小兒得者多。而有瘰症之小兒。或患痲疹症及紅熱症後。更易得之。在十四歲以內者爲最重之病。視此症之名。即知此病所發之狀不一。

病理　患此症者。身體虛弱。少有敵穉之力。恐口內或喉間或腸內有潰爛之處。則穉乘此入血。而隨血運行。若再遇骨受輕傷或被扭。其穉即攻傷處。以起急性炎。而蔓延廣潤。累及全骨。筋帶及肌腱。多附於骺。骺常受肌腱之扭力。若有脫骺之患。雖孩童之壯者。大約有膿患。而軟弱者。縱遇微傷於骺處亦易生膿也。　其患多起於幹之鬆膶。幹骺相連之處。惟在骺生骨心處者少見。生於骨衣之下者更罕見。若有大約爲青年者　因其骨衣有慢性單處炎。又加以急性炎也。其炎狀之輕重。蓋觀何處受累。與穉毒之甚否。及受累膶之抵穉力之大小而定。此患之延蔓。惟行其便而無滯也。

(一)其患若起於近幹骺相連處骨衣之下。必早生瘺。衣則離骨。而甚有死骨之憂。然其膿不易入

骨關節。因骨衣連骺骨甚固。故不能過骺。若早割開放其膿。可免骨死。而膿之害即限定。此等患少有穠串瘻之狀。並膿一放出。熱即退。倘後來骨死。而骨衣生新骨（名為骨殼 Involucrum）以包其死骨。其骨殼有漏。Cloaca 而膿及廢物由此而出。與單處急性骨衣炎症相同。

試即股骨下端急性骨衣炎。以表明此症之狀。大約於骨後面發起。令該處頗薄之骨衣與骨相離。以至股骨粗線分叉之處。該處遇此患大約因腿用猛力時。而伸直關節後筋帶則被速力扯伸。故骨骺之後線被傷後即生膿。若不早治。膿可穿至薄骨衣。而於四頭肌下。蔓延甚廣。但此患少有骨殼成於骨後面。

（三）患位在幹骺相連之處。累及之處與其結局不一。

（甲）最多者炎延至骨衣。此則多累衣下生瘻。

（乙）若向骨髓處蔓延之。則稱為骨髓炎。第二百〇九圖 骨髓發炎時甚盈血。其靜脈內結血塊。有膿團漂塞血管成穠串瘻。雖不串瘻。血仍中毒。人則大發熱。骨衣之下亦生膿。漸使骨衣離幹。若不早治。全骨可死。有時全幹因繞幹之骨衣既成瘻。幹則與兩骺相離。而居於瘻中。此結局雖有由骨髓起而得者。然亦有由骨兩端起而得者。大約骺與幹相離。然仍居其本位。若移位。一肢則成畸形。

（丙）大約此患不累及關節。因骨衣附麗其夙甚固。而穠不易入關節內。但有無穠之滑膜液滲入關節內。若幹骺交線居於關節內。如髀關節是也。穠由此而穿入關節內。則必成急染性關節炎。牖

骨上端有此患。肘關節易受累。因尺骨上端之骺甚薄。且鷹嘴之大半部分。多爲骨幹所成。有時骺幹交點之胈骨。被穉所損。而炎經過骨骺穿至關節內。如肩關節是也。因肱骨直槽。藏雙頭肌腱。故膿可由該槽傳入關節內。若係小兒。其骨尚嫩。胈最速被損。膿穿關節內。則成赤子急性關節炎。

(丁)若穉毒稍輕。其病之進行。及所成之瘻或死骨。乃有定限。若累及骨鬆胭。如脛骨頭、股骨大凸等處。此類慢性瘻。可存年久。而令週圍之骨變甚硬。其瘻穴漸大。至終穿入關節內或骨衣之下。亦有不生膿之慢性骨髓炎。所累及之骨。若受身體之壓力。骨則有變屈之狀。

第二百〇九圖

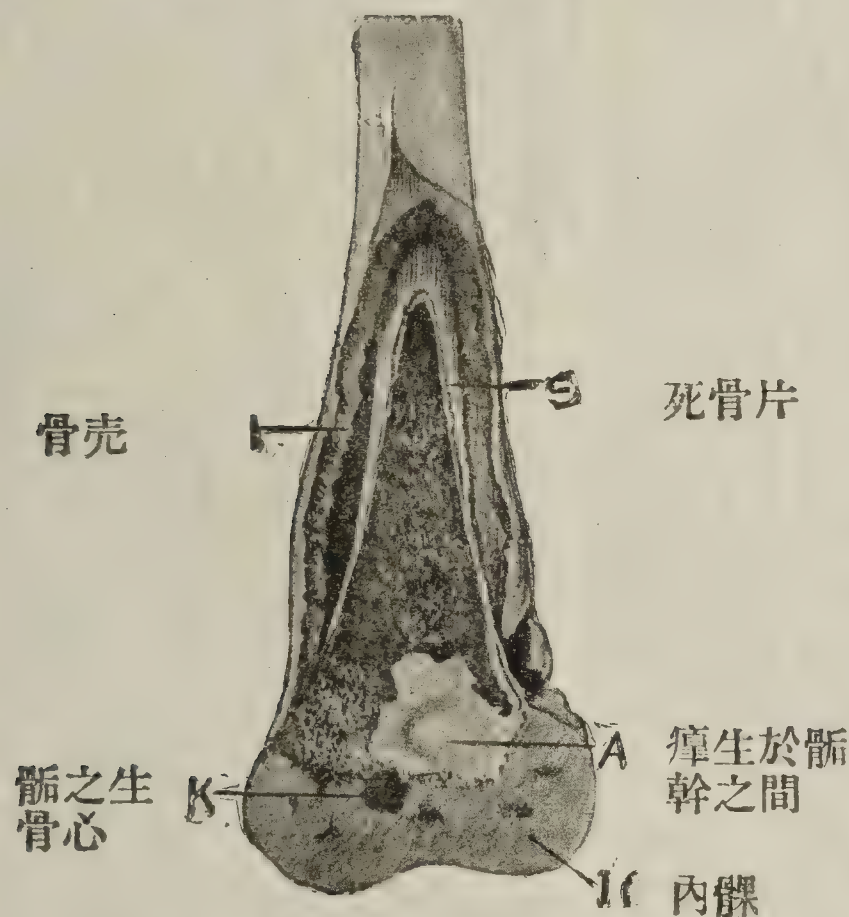
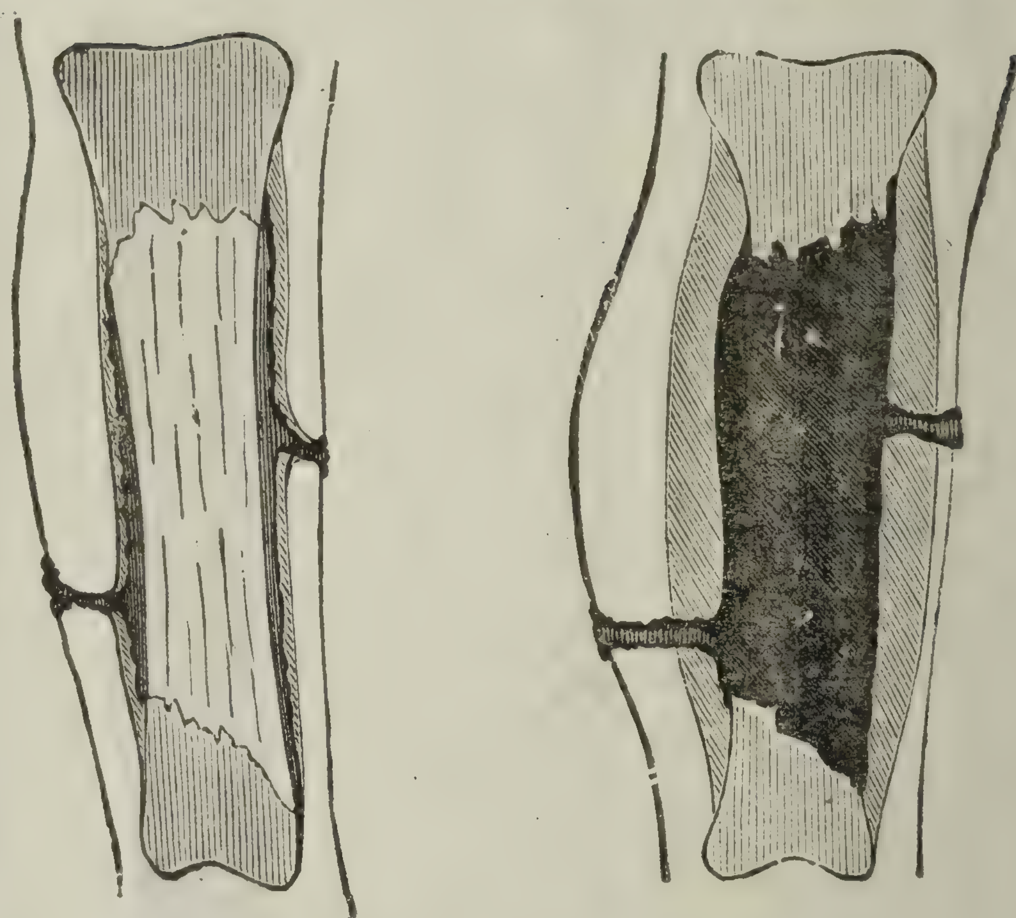


Fig. 209 ACUTE OSTEO-MYELITIS OF THE LOWER END OF THE FEMUR IN A CHILD OF NINE

股骨下端急性骨髓炎

(三)屬扁骨者如髂骨髆骨顱骨等。其鬆胭被膿充滿。因該處靜脈甚多。難免有血串瘻之患。骨之兩面均可成瘻。而有甚大之死骨。在顱骨者有時成顱骨下瘻。或累及大腦成瘻。見二十七章 致此病之穉。大約係生膿金球點穉。或由同類之穉所致。病之輕重。在乎何類穉所致。如膿白球點穉致者。病之進行畧緩。然

第二百十圖



患急性骨髓炎之後有大塊死骨

A

上下兩端活骨與死骨相連骨衣已離死骨而成穴且有二瘺管穿於外

B

死骨已去而骨穴被肉芽胴所蓋且有厚新骨圍之亦有兩瘺管留存

Fig. 210 DIAGRAM OF MASSIVE NECROSIS AFTER ACUTE OSTEO-MYELITIS In A(early)the necrosed tissue, though continuous above and below with the healthy bone, is surrounded by a cavity formed by the stripping up of the periosteum, and from it two sinuses pass to the exterior ; in B(late)the sequestrum is supposed to have been loosened and removed, and the cavity remaining is lined by granulation tissue, and surrounded by a thick involucrum of new bone, in which the two cloacae still persist.

繞骨衣甚有滲液之狀。若早治之。少有死骨之虞。有時名爲胎性骨衣炎。如生膿練點稚致者。只係小兒患之。死骨之患不甚。亦有肺炎稚致小兒患此症者。若此患被胴桿稚棄他稚所起者。膿則極臭。

病狀　此症起時。患者發寒顫。繼則大熱。患處紅腫。痛甚。有視爲急性如馬特症者。其實不然。如馬特症惟在關節內。此則在關節之上。其痛甚烈。若捫其肢或動其床患病之小兒則甚啼哭。若斯病顯於骨衣之下。患處必早成瘻。膿

亦可行至筋膜或肌間。然大半不離乎骨幹。雖附近之關節未被穉所染。亦有多血清滲於關節中。令肢不活動。

早晚瘁必破或被割開。而膿之多少不定必流出。膿一放出。而患處之緊張狀則鬆。其患可不蔓延。骨衣則復原而癒。並無大死骨之憂。往往病畧重而骨幹之大半部分即死。其骨衣生骨壳以包其死骨也。若無雜穉滲於生骨壳之期。則無週身熱及他病狀顯出。有時其病甚劇。連骨衣皆死。此則不能生骨成骨壳。患處之骨則爲廢物而甚難痊癒。有者骨髓炎後。因骨變軟。若忽用力或被扭。骨即自折。若係甚累及骨髓者。血染膿穉及血中毒之狀則甚劇。單處之狀尚未大顯。而孩童已因中毒而死。雖疼痛甚劇。然病者被毒所染。畧昏迷不省。而不甚覺疼痛。其肢之腫覺輕於骨衣炎。然其害甚大。雖骨衣下無許多之膿。然骨衣不全離骨幹。至於兩端之骨骺。若小兒不因血中毒而死。其骨之變壞甚大。於嬰兒及小兒。若並有遺癯。此患即早累及骨骺

圖一十百二第



急性骨髓炎所致之死骨有不規則之新骨成壳以包死骨骨壳有孔

Fig. 211 NECROSIS FOLLOWING ACUTE OSTEO-MYELITIS
The irregular new bone of the involucrum is well seen and within it portions of the sequestrum.

而穿入關節。致有急膿性關節炎之狀顯出。大約累及肱骨頭及股骨上下兩端。有時關節筋帶甚變軟以致弛緩。而關節甚鬆或脫臼。骨髓炎之輕者。病人云骨疼痛。並畧有發熱之狀。單處畧不靈動。過時狀漸退而無害。但有時因生骨處被害。骨之生長畧緩或全停止。亦有者日後該處成一慢性瘡穿痛而出。而瘡內恐有一塊死鬆骨。四圍之骨或疎鬆。以致骨有壓歪之憂。然至終有骨加密實而厚之弊。若有瘡。捫之則有一覺疼之處。

判症結局　急性炎者往往甚危。若有漂團塞血管。或血中毒甚劇者。則易致死亡。不早死者有潮熱。Hectic fever 或蠟樣變。恐其人軟弱而莫能救。若早治之或可。但血中毒太甚。或骨衣全壞。而關節有膿。恐須截去其肢。有時痊後血盈過甚。則骨長過大。但骺全壞者。骨則不長。而肢則短也。

治法　立用割法治之或可減其害。醫者因患處疼。熱度升高。遂疑有此患。無論有膿無膿。循肢割開骨衣。以指或探針。細查骨之如何。大約發炎之處與肞相近。而其害未蔓延。故宜將幹端軟而盈血之骨刮去。若有死胴亦宜割出。但宜小心不可傷骺肞。再以防穢藥洗淨傷穴。以引流管或紗布引之。可期有效。　若病既加甚。剖開時。則見骨衣已離開骨面。但畧有膿在其下。可鑽眼通至骨髓。以便膿及盈血成疳之脂胴易出。累及甚者。醫士可將幹隔地割數口。以利匙刮盡骨髓孔。倘毒甚累及週身並骨骺疎鬆以致離骨。須截其肢爲妙。以救患者之生命。　若骨衣全受累。而俱離骨幹。或兩端骺與幹相離。如小腿或肘受累。須立時去其死骨幹。因此二處。倘存一骨。故其肢之形猶

未變也。若於股骨肱骨二處。須緩辦之。因去之過速。恐後其肢過短。而有不便於用之弊。若疑骨髓未大受累。可割一口放膿。再將口洗淨。以引流管導其液。觀骨衣可能復原否。或者有一塊骨死。待五六星期。死骨與新骨相離。則可施割術取之。其法乃將骨衣割開。並開大骨壳瘺。以便取出死骨。有時不從瘺面而從旁側割之即妥善。且若死骨甚長。可以截斷取之。但不可遺留少許死骨於穴內。否則不癒。再洗淨以紗布塞之。可漸生肉芽而癒。有時將骨壳壓折。其空穴相貼而癒畧速。間或死骨甚難除去。無他法療治。只可截其肢爲妙。須截肢者如下。(甲)穉串瘻。(乙)骨衣全壞其骨不長。(丙)因骨病而有慢性血中毒致人軟弱而死。或因累及近骨之關節生膿。　扁骨骨髓炎。須割大其口。用利匙將鬆腡及一切有膿之處盡刮去之。在顱骨不可刮破其內層。但有膿於顱腦者。亦可將內層刮之。

急傷性骨髓炎 Acute traumatic osteo-myelitis　乃由外傳染而入。如骨折穿皮。或割骨與截肢等有不淨而染穢。患者發顫。肢痛甚。外有染性疖之狀。骨衣離幹。骨下端滑而色黃。並有甚臭死髓由骨內凸出。若不早治。恐此患將成穉串瘻。或血中毒。若患者不死。骨內面必死少許。其下之骨幹全週。亦死一塊。至終與好骨相離。死骨之形上尖下厚。若病者經此患而猶存。死腡必漸脫落。且由骨衣漸生骨。致骨幹甚大。輕者從骨髓管有肉芽生出。並有新骨生於肉芽中。漸漸成骨層而癒。

治法　將傷口開大。多灌藥水。將之洗淨。其內之死髓骨。以刮匙刮出。用卡波利酸搽之。復以酒

精解之再以紗布引流管置於孔內數日。若此法不癒。可截其肢。

短扁骨炎。較上稍輕。原因在受外傷。或關節有膿積而致。其全身及患處之病狀與前患同。但此無多大死骨。惟有小死骨片流出。亦不多有積串瘻。 治法剖開洗淨。有死骨可取出。仿前法。

癥性骨炎 Typhoid osteitis 人患癥症。累及骨發炎者。乃常見之事。大約患此症逾三星期始發。或熱退後而發。惟脛與肋骨多受其累。大半因癥桿積所致。間或亦因膿點積所致。此患有來之甚緩者。或越數載而發於骨矣。此患起初。骨衣或骨髓畧有急性炎。時發時癒。至終或成瘻。或畧成死骨。前有患此症者。醫士割之於此腿股骨上三分之一處。取出大塊死骨。然彼腿同處只有瘻而無死骨也。 平常之瘻有畧急性或慢性者。且所累及之骨雖變為疎鬆。但不至於死。 治法初起將肢升高。用熱袱敷之。其急狀或可退。而其患處仍腫大。捫之覺疼。且疼痛有時加增。至終則成瘻。既成膿宜剖開病骨病腡用刮匙刮淨。再以卡波利酸潔淨之。然大約傷口痊癒甚緩。有用匙刮數次方癒者。

慢性骨炎 CHRONIC INFLAMMATION OF BONE

慢性骨衣炎 Chronic osteo-periostitis 乃屬慢性骨炎類。致骨過長加厚變實。

分類 (甲)限處慢性骨衣炎。有因外傷或痺或癧所致。或因有慢性瘍在骨上。骨衣下生新骨。第二百十二圖 新骨初疎鬆。後變密實而極硬。其本初之骨更增其密實。

(乙)慢性蔓延骨衣炎。大半因骨內之病而起。或有癧瘰等症所致。然多累及全幹。有者獨累一端。由瘰起者。只成一慢性小瘻或死骨。此為激惹之由。故繞瘻之骨尤加厚而硬。以致將骨髓管侵閉。

係癯致者。骨內或成癯瘤。或無定處之狀。然全骨皆變實而硬。

病狀 其肢之深處痠疼。臥時更甚。捫之有一定之處覺疼。若骨上段有瘰(如脛骨頭是也)更如此。查之覺其骨變厚而生結。如病限定一處而近淺面。捫之其結甚顯。且疼並似梭形之硬疣。Node 若腫處蔓延。捫痛畧輕。但其痛一時不止。

第二百十二圖



脛骨慢性骨衣炎

甲

骨之前面(甲)加厚而實其髓管窄

Fig. 212 CHRONIC OSTEO-PERIOSTITIS OF TIBIA SHOWING THE FUSIFORM SWELLING ON THE FRONT OF THE BONE CONSISTING OF DENSE OSSEOUS TISSUE AND THE MEDULLARY CAVITY ENCROACHED UPON

診斷 有者不易診斷。因骨長大時。可誤認爲初起之惡瘤。其生長之遲速不一。故難定爲惡瘤否。但惡瘤之廉畧顯。並其緊張處不一。以X光線視之。若爲瘤則軟處透光。若爲骨炎則全患處有黑影。因骨全實之故。若用此法仍有疑惑。宜割而查也。

治法 須安逸。將肢升高。外搽氯酒。或以熱鐵烙之。內服鋏氯。此法不癒。可剖開。將骨衣分開。以鑿將骨阜鑿盡。此係有定界者。若係無定界。可以鑿鑿一槽至髓。再以線鬆縫其軟胭。若甚潔淨。則

血塊可充滿槽。而後能變爲䐈。若將骨去足。則必有大效。有者其患甚久。或截其肢亦可。

瘰性骨症 TUBERCULOUS DISEASES OF BONE

骨受此症之累者甚多。有於骨衣下起者。有於骨內鬆䐈起者。其患明爲身體他處之瘰而來。氣管或腸懸膜之淋巴腺所致者最多。累及骨時甚不明顯。且性甚慢。並最易累及鄰近關節。使之生膿。

(一)瘰性骨衣炎 Tuberculous periostitis 骨衣發炎則腫。亦多生肉芽䐈。肉芽䐈中有粟形瘰粒。其瘰粒多圍繞由骨衣至骨之小血管。此症約與他處之瘰症相似。變爲似豆腐質及膿。成瘴充滿似豆腐質之膿於骨衣之下。久而緩緩穿皮外出。其徑成彎曲瘺管。若在密骨之上不大受害。僅成瘍而已。但有時瘰膿循骨衣而串至骨骺或關節內。若骨之密層甚薄。如胸骨、肋骨、脊骨體等是也。其下之鬆䐈必受累。而顯有骨疎鬆之患。

病狀 若於淺骨者。即生一軟瘤。壓之畧痛。然須數月。或數星期之久方成。以X光線視之。其骨之瘤不甚明顯。至成瘴時或變似豆腐質。其形似骨阜。然較敧而質尤軟。以指重按之則塌陷。夫瘴成。皮色紅。其痛更甚。迨穿頭即輕。且成一瘺管。以探針探之。可探着軟而疎鬆之骨。斯時若另有膿稭入。其害更甚。

治法 初起者。用全身療法。並使安息。再細心裹緊。或用司可特氏膏條裹之。或用畀耳氏盈血

療法。若恐累及骨關節。可早割開。刮去肉芽胴。以卡波利酸抵其穉。以甘油十分黃氣一分調勻。用紗布浸之塞入。肉芽胴由底生出。若在肋骨。可將其壞截剜出。

(二)瘰性骨炎 Tuberculous osteitis　位在骨鬆胴。或長骨骺。或骨胑下。亦有生於骨髓者。為慢性骨髓炎。

病理　瘰桿穉入骨內。多因骨曾受輕傷。穉既入骨。骨髓漸漸變為軟肉芽胴。而有瘰粒在其內。骨鬆胴漸疎鬆。且骨胅亦變為脂。(見前骨疎鬆節內)　間或成死骨塊。然此於成年較多於小兒。因成丁者。之骨更密實。　夫成死骨塊之故。因該處之骨失其血養。或曾患瘰性靜脈炎。或因骨鬆胴內之肉芽胴早變為似豆腐質。死骨塊畧軟而易碎。其色黃白。因有似豆腐質在其中。大約死骨與好骨未全相離。如瘰症不累及全骨。其相近之好胴則變硬。故有時死骨之周圍。有一層疎鬆胴。其外且有一層密實之胴。此患常由骨內穿入鄰近骨關節。或穿至骨衣。累及肌腱鞘成瘺而穿出。若膿點穉侵入。該處之變壞則更速。故流出之液內有細小碎骨摻雜。以X光線驗之。大約可定患所累之大小。此因受累之骨。光能透之。而未受累之骨則不然。

(甲)手足之短骨最易患此症。大半在軟弱小兒。因其曾患熱症。若畧受傷。此患即發作。而同時累及數骨。若累及指趾者。則成瘰性指趾炎。

瘰性指趾炎　病狀 Tuberculous dactylitis　受累之指節漸腫且疼。其疼日輕夜重。其先指皮白而

發光。遂有一處腫。終則成瘅。甚速而變紅。且疼而出膿。遂成瘺。探針可由瘺而入。間或累及隣近之關節及腱鞘。亦因延入骨衣下。使該處之形粗大。第二百十三圖有時骨似脹大。但不然。乃骨內物消散。其骨衣下生新骨而加厚。雖有者不生膿而癒。然其舒長之功用被阻。而指則較短於他指。

第二百十三圖



病起於指第一節穿於前面累及骨衣及腱鞘並初累及第一指間關節令指背多生肉芽䐈

Fig. 213 TUBERCULOUS DACTYLITIS
The disease started in the proximal phalanx and has perforated it anteriorly, the tuberculous material having involved the periosteum and tendon sheath, whilst the first interphalangeal joint is becoming invaded. There is also a considerable formation of granulation tissue on the dorsal aspect

瘰性指炎

治法 治瘰炎之初期。宜調理全身。安靜患處。或用盈血法。或用司可特氏膏條裹法。倘其患仍進行。或成膿。切不可延誤。免隣近關節及肌腱均受累。須於合宜之處開一割口至骨。留心勿傷肌腱及他要腑。再將骨衣割開。剜取外層實骨。並將有患之骨髓用刮匙刮之。再用濃卡波利酸水揸淨穴內。且用純酒精洗去穴內之濃卡波利。後用黃氯紗塞之。俾患處由底生肉芽䐈而癒。用此手術時須小心保護骨骺及關節般。但骨每因患或因治法。而阻舒長之功。致其指短或有畸形。病劇者可截去其指。

第二百十四圖



Fig. 214 ARRANGEMENT OF SYNOVIAL MEMBRANES OF FOOT

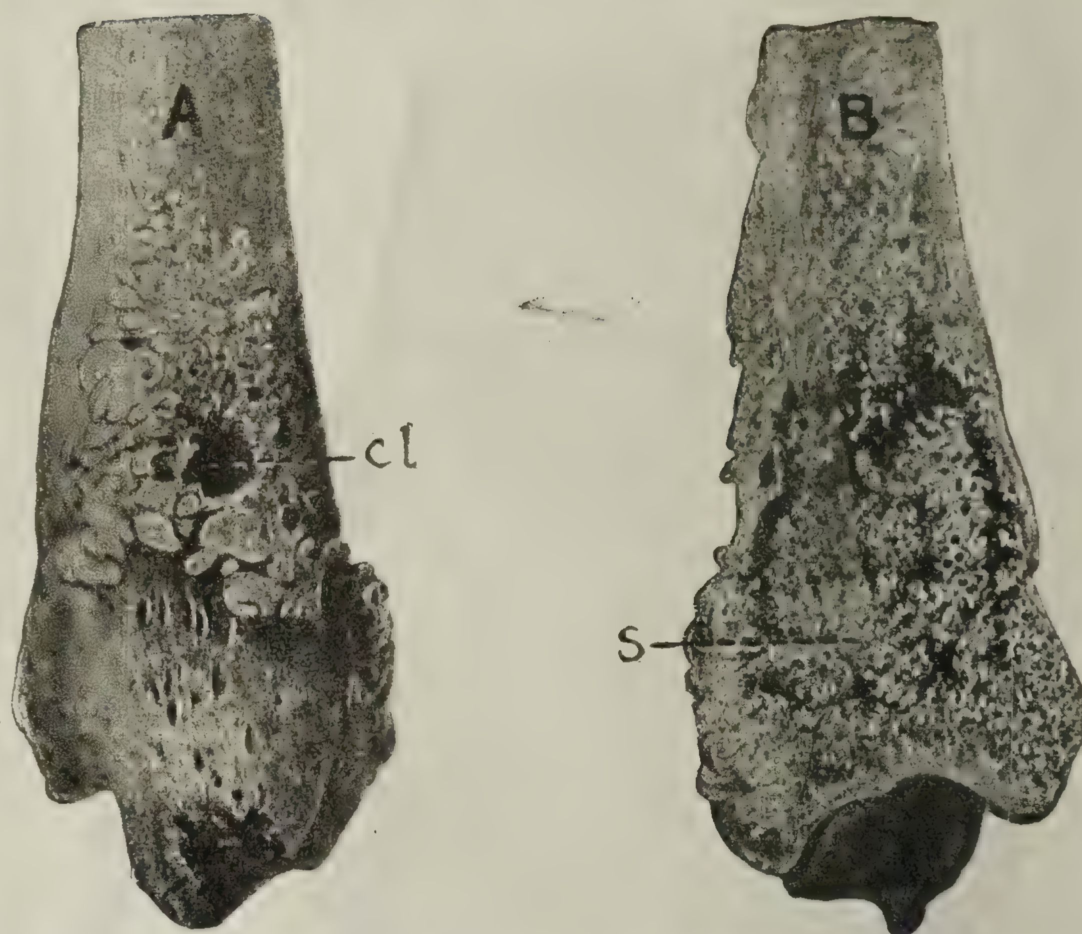
1, Posterior calcaneo-astragaloid, behind the interosseous ligament; 2, anterior calcaneo-astragaloid and astragalo-scaphoid; 3, calcaneo-cuboid; 4, cubo-metatarsal; 5, the large common sac between scaphoid and cuneiform, between the three cuneiform bones, and between the cuneiform and second and third metatarsals; 6, between the internal cuneiform and first metatarsal.

足滑膜之排列式

(1) 踵蹉間後滑膜
(2) 踵蹉前及蹉舟間滑膜
(3) 踵方間滑膜
(4) 方蹠間滑膜
(5) 舟斧間總滑膜
(6) 第一斧蹠間滑膜

(乙)瘰性跗炎　其病狀治法與上同。但兼累及關節面者較多。足之患處腫大。且皮發光。因患處之骨衣受累。故難辨認。或骨獨受害或關節同受累。初起時足患在某處。某處即較他處略腫。最常受累者爲踵骨。次爲蹋蹠骨、蹉骨頭及舟骨。病起於蹉骨。腫則在踝關節之下。或踝前或踝後。若捫蹉骨頭（距骨頭）即疼。大約足垂似馬蹄形。而足向內側轉。或外側展。見二百十四圖即知瘰起於蹉骨必易累及踝關節及踵骨或舟骨。若係踵骨有病。踝關節後。或

第二百十五圖



Fi6. 215 LOWER END OF TIBIA AFFECTED WITH TUBERCUOLUS DISEASE
In A, a subperiosteal deposit of new bone to be seen surrounding an opening (cl), which leads into the interior of the bone; in B, the interior of the same bone is seen, and shows a sequestrum (s) just above the epiphyseal line. The ankle-joint is healthy.

脛骨下端瘰症

(A) 骨衣下有一層新骨其中有瘺孔(cl)
(B) 脛骨之內有死骨片(s)於上骺上 踝關節不受累

左右二側畧腫。踝關節仍可動。但行走不便亦疼。且有跛足之步勢。若患於足前。大約由舟骨或繞舟骨而起。該處即腫。然踝關節仍動如常。夫足內側之滑膜。彼此甚相通。若瘰症累及此處。其結局更惡。蓋蹠骨、舟骨、及內側三蹠均受累也。若累及足外側。乃方骨及外側之二蹠骨。此處滑膜。與內側不同。故治此處之患較易。 或早或遲必生膿。而疼更甚。後即穿出而成瘺管。雜稚則入而壞其骨尤速。其結局則不佳。

治法 依瘰症之患處療法及全身療法治之。初起以石膏包踝及脚。不令其動。待疼止。方令用其脚。若遇青年者患此症。可用妥馬氏膝夾板及高鐵底。並用杖扶行走。 若病不癒。或患處成膿。

宜用割術治之。若踵骨獨受累。宜割開用刮匙刮之。再塞以黃氣紗。其穴內則生肉芽䐃。終則成筋䐃。且有數骨莿在其中。瘉後有凹於傷口處。若踱骨甚爲患所累。而周圍畧受累。去踱骨用刮匙刮其週圍則足矣。但大約病既蔓延過甚。故非截足不可。用賽默氏 Syme 截斷術。較佳於披若戈佛氏 Pirogoff 截斷術。賽氏者乃將全截去。披氏者不然。乃存踵骨少許 若患僅累及方骨骰及足之外側。左踵骨前。只用匙刮淨則足矣。但足內側之總滑膜既受累。須截其足也。

第二百十六圖



Fig. 216 LOCALIZED ABSCESS IN THE LOWER END OF THE FEMUR EXTENDING FROM THE EPIPHYSEAL LINE UPWARDS INTO THE MEDULLA

股骨下端瘴

瘴由骺交接處而延入髓管

(丙)長骨端瘰症

其患大約由骺而起。但有時由幹起而累及骺與朒。病患之進行。同於前所論者。乃朒早被滅。而週圍之䐃與幹及骺均受累。(稱爲瘰性骺炎 Tuberculous epiphysitis 病狀大約與他處之小骨瘰炎同。但結局則異。(一)早起者若善療

之其病胭能自消散而癒。但生骨處有碍於骨舒長。(二)有者患處爲定界之似豆腐質。乃因繞該處之骨俱變密實。如成膿卽爲骨內深瘴。然瘴不大。只存二三錢似豆腐之膿。並其壁係瘰性生膿之膜。其病狀與他處骨慢性炎同。其疼如錐刺。夜則加甚。該處之骨腫大。並有一處捫之更甚。若久有慢性骨衣炎。全幹皆可粗大。(三)若骺居關節內。髀關節是也 患可循幹骺間線。而入關節內。然骺胑若在裏筋帶之外。則成關節外骨衣下瘴。第二百十五圖 若患向四圍蔓延。可令骺與幹相離。(四)常見之結局。乃全骺鬆胭有斯病。而累及關節成關節瘰炎。此因病串入關節內。或因胑接面被滅。或患由滑膜邊至關節內。(五)有時患由骨髓串至骨幹。使骨衣成慢汎佈性炎。間或生骨髓瘴。或不生瘴。第二百十六圖

治法 須先用制動術。善補養其身。但醫者不可專賴此法。用之日久。致骨關節受累。若宜割開卽割開以利匙刮去腐骨及廢質。以卡波利酸抹之。用紗布蘸黃氯及甘油塞之。用此法時須細心勿穿破關節。若在幹端有慢性瘴。於疼處以圓踞剜之。倘未得其患位。可用錐四圍尋其有膿否。

(丁)有時長骨幹髓管被瘰症累及。然此症與上論之瘴大人患之較多於小兒。該處變疎鬆。其生膿或成死骨否則不定。總之最顯之狀。乃全骨成慢汎佈性炎耳。見第四百五十七頁。

癯性骨症 SYPHILITIC DISEASES OF BONE

第二期 Secondary stage　骨有飛疼狀顯出。既服鍊藥有效。而疼狀則速無。由第二期至第三期時。骨衣或生癯疣。因慢性骨衣炎所致。大約僅累及一骨。最多者惟脛骨。乃被液侵入令骨衣腫厚。此雖可消散然骨衣仍生新骨。起初此骨軟鬆。後則變密實。新骨既成。雖用法治之。罕有消散之效。骨乃仍加厚。醫士臨症時。見有棱形瘤在骨衣上。捫之畧疼。夜間有甚深之痠疼。然疼非因夜間始有。乃因寢時以衾覆之。腿則熱。其疼即顯。故脛骨有癯者。每睡臥則露腿於外。若守夜之人患癯症則反是。其疼乃在晝而不在夜也。此期生膿者稀少。故此時全身之療法。較患處之療法爲最要。

第二百十七圖

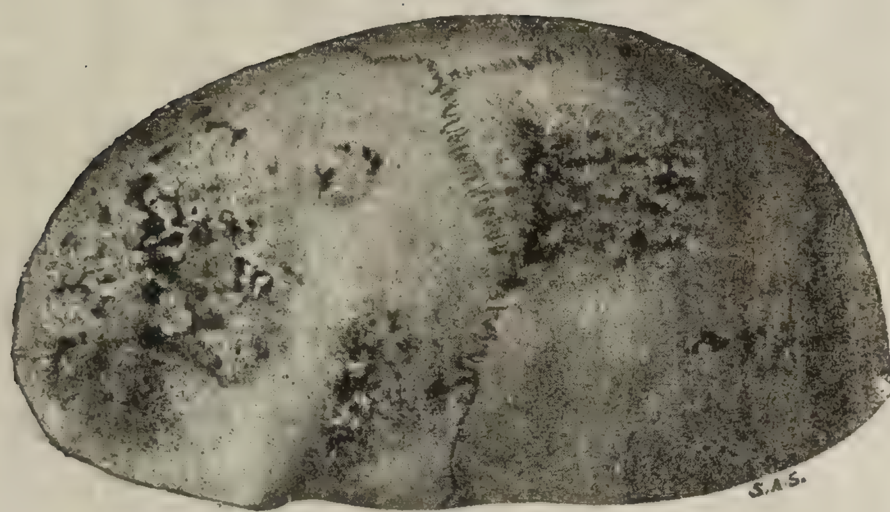


Fig. 217 SYPHILITIC CARIES OF SKULL FORM DIFFUSE GUMMATOUS DISEASE

顱蓋患汎佈性癯瘤致生癯癬

第三期 Tertiary stage　體之各䐃皆可累及。而骨亦然。其分類如下。

(甲)骨衣深面生癯瘤。此癯瘤。有定界者。有蔓延者。均使患下之骨鬆䐃受累。若有定界。受累則不大。但若蔓延廣

澗。則大塊骨面如被侵蝕。骨則凸凹不平。有時患旁之骨衣下生新骨。或累及骨變密實。或骨死。多受累者。乃顱蓋骨。此骨衣下。雖不多生新骨。其形則如虫蝕。第二百十七圖 有時顱皮被癯瘤穿破。膿稭則入而皮潰爛。並有多臭膿流出。以針探其瘍底。覺有死骨。

(乙)患處有密實骨繞之。其骨管被壓而小。且動脈內衣有塞性炎。並癯瘤與骨衣相離。致骨欠養。或染外來之膿稭。而骨則死。厥有數狀。在乎患之位置而異。若顱蓋骨有癯。則不獨有癯之毒。更有稭由毛囊而入。則多有死骨之憂。其痛患之進行大約如下。乃顱骨衣下有癯瘤。則下層之骨亦變密實。或早或遲而癯瘤自破或割破。即有膿毒侵入。迨後胭生肉芽。以助活骨與死骨分離。後死骨可出。但因四畔之骨最密實。而血管不多。恐須數載而骨方可脫落。此處骨衣則不生新骨。即骨殼也前已論之 在長骨幹。其密骨厚且硬。故骨衣下雖甚有癯症。其深層不大受累。但密骨若甚薄。如骨鬆胭多之處受累。其結局骨必甚爲疎鬆。但無外稭侵入骨則不死。 胸骨被癯症所累者不少。大約成癯瘤。此瘤被潰而生膿。但滅骨之害不甚大。 鼻及腭骨每在骨衣下有癯瘤。終生膿及死骨。既有膿必有極臭惡之液由鼻流出。久則鼻隔被滅而鼻凹陷。腭骨亦兼受累。大約有破孔之憂。

治法 須用全身療法。若未生膿。或無死骨之害。其效甚佳。但已生膿。必於患處用引流。並去其死骨。否則雖服葯亦無大效。但顱骨有死骨。若不自落。勿庸鑿開。恐傷腦。

(丙)癯瘤性骨髓炎 Gummatous osteo-myelitis 有癯瘤生於骨內。而骨則痕變成粗厚。乃成慢汎佈

性炎。其狀與慢性骨衣炎同。若服解癰葯而無效。宜剖開骨衣。亦將骨髓管除盡一切病䐈。往往人誤認長骨癰瘤爲惡瘤。最要者乃判明此症。癰瘤之生長甚速。且身體他處有第三期癰之狀。用伐色曼氏法可徵明是否爲癰症。用X光線查之。亦可爲判症之助。倘仍有疑惑可剖開用顯微鏡視之。以免誤認爲惡瘤而截其肢。

先天癰症 Congenital syphilis　以上所論各病狀。先天者亦有之。然此外猶有數特狀。

(一)骨衣深面生新骨阜。不甚疼。在小兒繞顱前門者較多。使顱頂凸起。初起骨䐈柔軟。解剖該死體視之。其色深紅。若不以解癰葯療治。則骨變爲密實。畸形則恒有。　在顱骨蓋之他處亦可患之。但未必患在小兒時。

(二)癰症累及長骨幹。亦有與前狀相似者。此因骨外衣之骨衣下生疎鬆及密實骨䐈數層所致。

(三)癰性骨骺炎 Syphilitic epiphysitis　其骨端痕。彷彿小兒骨軟症。但係赤子患之。患雖在骺。亦可串至幹。而小兒骨軟症則不然。有時累及骨骺之一側。其變狀由骨骺近骨幹之一層而起。此處變鬆。不透光。凸凹不平。至終成肉芽䐈。或使骨骺脫離。後或生膿。或骨骺死。或發急性關節炎等患。若肢失其功。則稱爲癰性假癱。此症大約累及身之兩側。或數處均有。並似小兒骨軟症之常累及膝、肘、腕、數處。有時病初期既瘉。而肉芽䐈畧變密實。至終骨之舒長停止。

(四)患先天癰之小兒。有者兩脛骨長而向前彎曲。故其腿較長。

(五)顱骨變薄。乃顱骨惘之數處被化。而所餘之骨最薄或全無。以指按之。則覺如敲厚紙之聲。其多受累者乃顱骨。骨受癨之害獨累顱骨者、百人中有六十、累顱骨並他骨亦受累者、則百人中有九十五、此狀惟六月以下之孩多有之。因此可知不爲骨軟症所起。

治法　小兒癨症之治法。與治普通癨症者同。乃服合宜之抵癨藥爲妙。

小兒骨軟症　RICKETS

此症詳於歐氏內科學中。日兩國不知有否。故未詳述其病原。

病狀　有先後之分別。先者胃洒膜有疾。孩雖肥而不強健。或者極瘦。而洒膜色白。所瀉之糞其色綠。或帶洒瀉出。其氣極臭。脾大。首多出汗。至骨改變之狀顯出。小兒不安。因骨疼痛。常擲其被。抱之則哭。長骨兩端大。肋胴相連之處亦然。骨軟則顯歪畸形。　在頭骨。前至後皆扁。額兩旁凸出。而頭形畧方。有疑此爲癨症者。但骨輭症者顖門長合。較無恙之孩更遲。有云顱骨變薄。因骨軟症而致。牙緩生。牙釉缺。則易癬。當與癨辨之。癨者。牙刃之曲線窄而深。骨軟症者。其曲線寬而淺。脊柱受累而後曲。或偏曲。後曲者因被高枕。或因歪抱而致。但有脊柱偏曲。從走路時起。亦有偏後凸。由抱孩不正而起者。胸之肋胴相連處腫。形若捻珠。若有氣管不舒。氣息不暢之弊。則胸兩旁壓平。胸骨凸出成鷄胸形。因腹脹大。胸骨下端亦撬起。胸骨旁顯槽。　其盆骨因睡時受壓。前至後皆扁。又因站時股骨頭將髂盂壓緊。其長骨之彎加甚。大肌相附麗處更彎。股骨係前後彎。脛骨亦然。或旁彎。其兩腿向內側彎。或向外側彎。斯病之急性期既過。畸形則定。骨漸增硬。骨彎之凸處骨衣仍然生骨。令骨成偏形。此症使人不長故身矮小。

病理　骨軟症之狀大半近骺處。常人之骺朋乃一薄片。僅有一寸十二分之一。其兩面有一層鋿膶。內有窩。窩中有生骨胅與骨髓。漸與骨鬆膶合而爲一。患者骺朋兩面鬆膶較鬆而厚。有時骨衣下硬膶變鬆。骨亦鬆且軟。病者之朋不獨厚且寬。但薄厚不均。生骨質雖多。但有碍於成骨。且骨管及髓穴較大於常。骨亦鬆軟。因鋿礬過少。故骨受身之壓力或受肌之强力。則易彎曲。此患既停止而骨硬。畸形乃定。骨則變密實。骨管即壓小。

治法　最要者須善衛生。兼且補養身體。食以牛奶牛肉汁。服魚肝油。常令其安臥。勿使行走。以致畸形。若最小之孩。可逐日揉其肢。或可改其畸形。亦可用長夾板包之。以免小兒著地行走。畸形甚者。恐須割術。以去其畸形方可。

童年骨軟症　Adolescent rickets　此症大約於成丁時所發。與小兒骨軟症不同。有者因小兒骨軟症復發而起。小兒骨軟症之由。以養育不足爲要。童年骨軟症大半不然。乃用身力或心力過度。及不合衛生所致。此症之狀。多爲下肢長骨幹彎曲。因身體重力所致。上肢顯畸形者甚罕。骨骺粗大者。間或有之。頭出汗者罕有。但病者面色青白。自云疲倦無力。然不言疼。骨因軟而彎曲。然凹處不生新骨。以補其缺。故有時畸形甚劇。但病之進行畧慢。　治法。須用全身療法。不使之多用身體之力。亦令病者安息。既成畸形者。須用改正畸形之器具改正之。或用割骨術治之。

嬰兒壞血症或名小兒青蓮　Infantile scurvy　又名流血性小兒骨軟症斯症在孩至數月。或週歲而發。多因常食經沸之奶。及久用製成之食物(如礶頭食物)病輕者。除牙根軟而易流血。或小便時帶血。無他骨軟症狀顯出。劇者。骨軟之狀。不甚緊要。但血瘀之狀。甚爲緊要。有者此患忽然發現。雖身熱僅至一百〇二度(四十)。然病在小兒則甚爲劇烈。自言其肢。捫之畧痛。因不移動其肢。故視之畧似癱症。後有數處腫大。因骨衣下之血滲入而成瘀。腫處之皮初發光及痳腫。後滲血而染色。股骨及脛骨最常累及。有時骨骺脫離。或有骨自折之弊。有時在眶內瞼下流血。將眼球凸向前。亦有瀉血或尿血或鼻流血之弊。

治法。　先須認明係此症否。如係此症則易治。然誤認之則孩日漸瘦而難救矣。須飲食合宜爲最要。如新鮮牛奶及菜蔬菓品

等類。及檸檬汁。總須善於調治。有患之肢須安靜。並敷以冷水葯。如骱脫。離或骨折。須用夾板治之。

朋虧症又名軟骨虧症 Achondroplasia 此病稀少。畧似骨軟症。位在上下肢之骨幹近骱處。該處不生骨。故肢短而身矮小。然骱無恙。骨亦不歪。但有因股骨頭。或股骨頸受累。使腰椎凸前。站立時畸形更甚。病者之指。向尖漸細。而相隔如輪形。顱底骨。由朋而成。若顱骨患此症。則朋成之骨。早相連而不長。故顱底較小。而膜胴成之骨。其生長如常。故頂骨較顱骨甚顯其大。而臉即顯其小。並鼻梁亦塌。如先天之癯然。如斯孩不死。大約其性靈不至愚昧。脾腺亦無恙。 治此患尚未得其法也。

骨舒長不全症 Osteo-genesis imperfecta 乃爲罕見之胎生症。其軟骨所生之骨胴。舒長不全。故骨質過脆或過軟。而易彎曲或折斷。此症原因雖未查明。但頗似由遺傳而來。有者兒產出時已死。或其肢有畸形。或骨折斷。有者未至一歲即亡。亦有至壯年而骨自折者。此大約爲骨軟症所致。若患此症之嬰孩不死。而屢有骨折之弊。其肢則甚有畸形。但細心療治。有者其骨接合甚固。除折骨致畸形之外。其骨欠養。有彎曲之患。故易誤認爲小兒骨軟症。顱骨亦能被累及。而顱骨被顱脊向上壓入顱內。若以X光查之。此狀可查定。按解剖學視其骨。所有之變狀朋胅及其包膜仍存。惟軟骨間胴變爲鎶礬。並少有成骨者耳。雖或成骨。其所成者亦不完全。此症無法除其病原。只可用法免其折傷。倘既有折傷。用法療治而已。

骨變軟症 Mollities ossium, Osteo-malacia 此爲後天症。但罕見之。其原因乃骨質消化。骨變疎鬆。易彎或自斷。大約係婦人在懷孕時得之。患此症者。在百人中而男居其八。間或有痺病之根。不拘何骨。皆可累及。在婦人係盆肋骨及脊柱爲先。後則四肢患之。男則四肢先患之。

病理。 乃骨髓變軟筋胅胴。其胴血多。有時血管破則有瘀。迨後密骨亦消鬆。惟骨衣下稍存薄層之骨。骨之礬鹽（即鎶礦强礬及鎶碳强礬）減少。或僅餘六分之一。骨胅變爲脂。 恐血內有乳酸等類消化骨之礬鹽。而由大小便出之。有云或因患此

病之婦其卵腺內生惡泌。此泌於血中累及骨。若去卵腺。斯病有時可癒。此其一據也。

病狀。　大約漸漸而顯。病者自言身之各處疼。並身體漸瘦而疲倦。或早或遲骨則改變。而顯此症之狀。婦人大約累及骨盆。其盆變扁。或成三角形。因身之重力使股骨頭將髈盂壓向後內。此則可致生產艱難。恐須剖腹取其胎。　其脊柱亦彎曲。其肢亦彎或自折。而不復續。或雖續而癒。仍有畸形。或虛弱難救。或難產而亡。亦有數年不死。久臥於床。其肢短而無用。或有異常之畸形。患此症之婦人於停經時。該症則不進行。或痊癒。

治法。　此症無良治法。可以鴉片止其疼。有云服明礬。或錏硫下礬畧有效。孕婦初得此病。可將其卵腺割去。或令其小產。可免以後臨盆剖腹之險。亦可阻其病之進行。

畸形性骨炎　OSTEITIS DEFORMANS

琵男爵 Sir James Paget　於一千八百七十六年。發明此症爲骨炎類。其症之發現及進行甚緩。其最顯之狀。乃長骨、脊柱、顱骨、盆骨長大而疼。其骨亦軟。故凡擔負身體重力之骨均變曲。雖初起只累一骨如股骨脛骨是也但同時累及數骨者最多。病者始覺骨疼。自以爲痺症。或自覺骨長大而彎。或舊日所戴之帽嫌小因頭長大。夫頭增大。乃蓋骨加厚之故。但臉骨不甚受累。脊柱成後曲。乃背加凸。腰更直。脊關節強直而疼。頭肩低往前。行走不便。

大約斯症係中年人患之。其至極處。進行頗緩。而人能壽終。非由此病而死也。有時病者生多疣瘤而亡。　骨胴之形。有似起炎之勢。較常骨畧軟。而密胴與鬆胴相同。骨管大而排列失正。骨錏儼若白粉。　診斷。患此症者。其行走畧似畸形性關節炎。 Arthritis deformans　但其關節未受累。而手關節更如此。雖長骨長大。惟頭不顯。而畸形性關節炎則不然。亦當與面手足大症

辨明。畸形性骨炎。頷骨及手足不大。 治法。尚未發明善法以治此症。

面手足大症 ACROMEGALY

斯病罕見。大約惟少年人得之。症甚纏綿。終因骨壓顱腦人暈倒而死。或因他病而亡。

病狀。 手足不長而肥大。骨亦變大。指甲及其皮不甚改變。有時四肢長骨過長。(凡巨人大約係此病而大) 頤頷骨(新名上下頷骨) 皆大。而下唇亦大。眶上廉凸出。額骨即稍低。鼻及舌尖俱大。脊柱後曲。(即背後凸腰前凸) 兩脇及胸骨凸出。 頭疼而不欲作事。全身俱有疼痛。常覺困倦。饑渴異常。男者陽莖不能舉。尿多而比重輕。在女則經閉。眼視力不足。間或視腦經發炎。

病理。 此病之由。未曾查明。但有此病其腦底之蝶鞍腺前半過長。蝶鞍亦脹。全身諸骨胴亦過長。

診斷。 此症有誤認脾腺缺功症者。然不難分辨。因脾腺缺功症。皮下胴加厚。臉寬彷彿浮腫。且髑骨上之皮下有似膠之胴塊。面手足大症則不然。面長而皮及皮下胴如常。兩病者之智慧及言語各異。且脾腺缺 功症。其脾腺有病。或消沒。面手足大症有骨改變之弊。 又當與慢性手骨關節炎症辨明。斯症乃關節之病。且甚疼。而面手足大症則不然。 與畸形性炎之辨乃斯症手足及面不大。

治法。 以藥止其疼。內復服安替派林。或脾腺及蝶鞍腺膏藥。

過長性骨共關節症 HYPERTROPHIC OSTEO-ARTHROPATHY

自來醫家莫不知心肺有慢性病。則趾指尖即大。恐此病亦由斯而起。過長性骨關節症。指趾尖粗大。指甲則彎向手心。趾甲亦

然。此症初起獨累及軟胴。但隨後用X光驗之。可見指蹠掌骨幹兩側生新骨。並骨鬆胴腫。踝關節腕關節上之幹腫。於他處亦皆有骨衣炎。背脊則往後曲。腰脊往前曲。

此症之狀畧似面手足大症。其區別如下。(甲)此症甚累及指趾之尖。使其粗大。面手足大症。手足之各處亦皆粗大。(乙)面手足大症。指甲不受累。(丙)面手足大症關節不甚受累。(丁)面手足大症。其臉舌頜骨等皆大。而此症則不然。其症之狀。大約因久嗽毒質。如慢性氣管炎、氣管痮症、慢性胸膜積膿等症所致。亦有因慢性 癀疸。或癨病、或痒、所致。或無他病而致。此症無善法療治。除去病原最佳。

骨瘤 TUMORS OF BONE

骨瘤、朊瘤、筋瘤、袋瘤等之各狀。前第九章已論之。牙瘤及牙袋已於他處論之。

似骨髓胅瘤 Myeloma

舊名巨胅疙。第二百十九圖 此瘤可稱爲順者。罕生子瘤。亦罕累及淋巴腺。或內臟。若生於骨內。則限於一定之處。不從骨髓而蔓延。間或有一層密實骨繞之。以阻其蔓延。用X光可視之。見病理學一百六十頁 此瘤慣生之處。乃長骨端。股骨下端。及橈骨下端。並肱骨、脛骨、腓骨上端爲最多見者。亦有見於顱板障及頜骨者。瘤舒長時令骨痮。其內之骨胴被嗽。其外之骨胴又成數層新骨。但外層漸漸變薄。直至按之有似鷄蛋破裂聲。至終瘤穿出骨壁。其骨痮。或由中心而發。則瘤成球形。若向一側而長。則凸於骨之一側。遲早骨或自折。隣近之關節。大約不受累。但生長日久者。可

繞其關節之股。使關節不靈動。亦或有漿液積於關節內。

病狀 有者初起輕。而不顯何狀。至骨忽折時。始知該處有患。有者骨疼痛。或彷彿慢性骨衣炎。使病者自知骨已過長。用X光線查之。可見一限定之處。透光較甚。其中有多數黑點。此因錯襻仍存於瘤中。該瘤之界限甚淸。與骨髓分離。此爲判症最要之據。

圖九十百二第

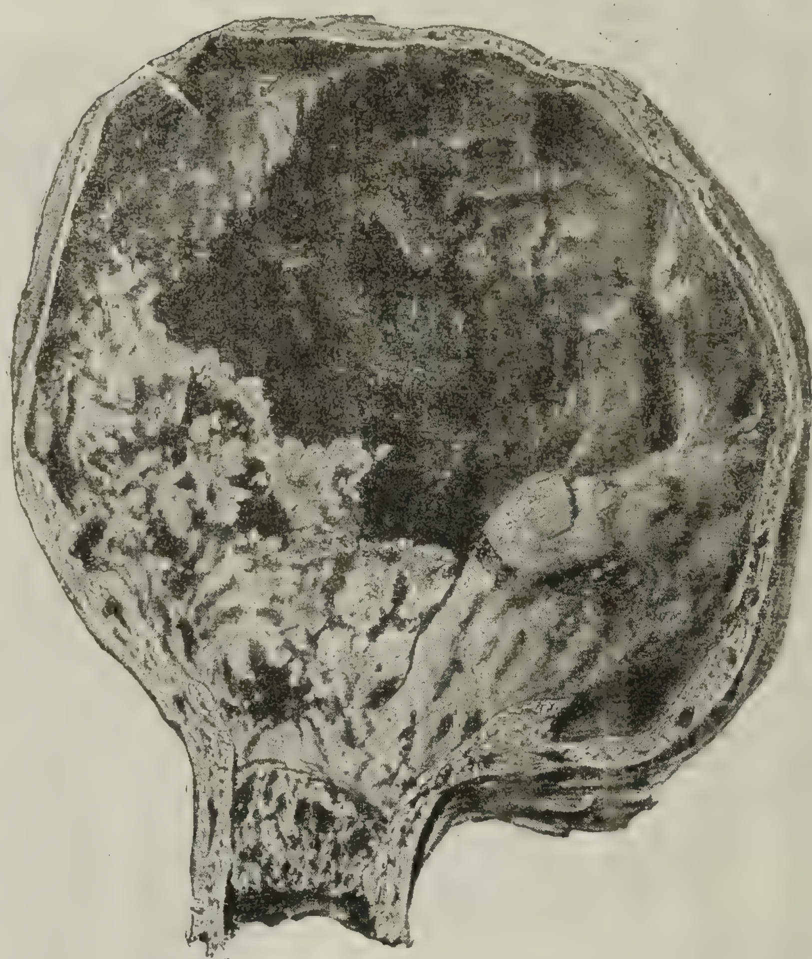


Fig. 219 MYELOMA OF HEAD OF TIBIA

頭骨脛於生瘤脒髓骨似

治法 治此症宜知其非惡瘤。故除去患處即佳。甚者截其肢。或因除去患處其肢已廢。亦可截去其肢。初起者只割一口。用刮匙刮淨。再用卡波利酸潔淨之。塞以紗布使生肉芽。胭則足矣。再用X光或銳藥滅盡其積留之物更佳。久患者。必將受累之骨截去之。後用接補骨法補其缺處。如瘤生於腓骨上端。則全割之亦可。但須小心不可傷及膕外腦經及其枝。若脛骨上端或肱骨下端受累。大約須截其肢。然亦有不截其肢。而用接補法以補其缺。或可痊癒。若橈骨下端或肱骨上端。被累而不甚者。只除其受患之骨。以救其肢亦可。若患近腕

第二百二十圖



Fig. 220 ROUND-CELLED ENDOSTEAL SARCOMA DISSEMINATING ITSELF IN THE MEDULLARY CAVITY

骨內圓腜疙蔓延髓管

關節處。不獨除去橈骨下端。並須將腨骨下端除去之。如此可免手向內歪。日後若用裹腕牛皮套。其結局更佳。

疙瘤 Sarcoma 凡由骨發源之各瘤。疙瘤爲最要。其分類有數種。 顯微鏡所見之狀。於第九章已論之。於此只論其臨症之狀。大約有二大類。乃骨內疙及骨衣疙是也。

骨內之圓腜疙或梭腜疙 Central round or spindle-celled 第二百二十圖 此爲最惡之瘤。其舒長大約較速於似骨髓腜瘤。並疼痛畧甚。但骨不甚痕。因瘤之蔓延乃由骨髓管而行。亦可侵佔隣近之關節。瘤之外壁較髓腜瘤早消散。而附近之腡亦被侵入。或骨自折。淋巴腺及內臟早被此瘤之累及。其瘤之腡大約爲軟者。新生之骨無多。但有朒腡及泗腡域點。攙雜其中。有多血運流於其內。並有處成袋。但無髓腜瘤成袋之多。以X光線驗之。有數處之骨腡已消散。且無厚層骨爲之限制。按瘤舒長之遲速。藉X光線所顯之狀。則可定其爲惡疙骨中瘤否。

骨衣疙 Periosteal sarcoma 係圓胅及梭胅疙類。少見於骨內疙。其舒長甚速。若不潰蝕其骨。則不甚疼。初起大約在骨之一邊。既而或繞骨四圍。蔓延於骨幹。其性甚惡。速累及淋巴腺。及內臟生子瘤。每每瘤中成骨。或先由朋而成。或非由朋而成不定。其瘤下之骨變硬而加厚。然此類瘤少有骨自折之弊。其瘤之骨胴有特別之狀。乃似細條排列。由瘤面集至瘤中心。以X光線視之。可見其特別之狀。第二百二十一圖 若骨衣疙。則必

第二百二十一圖



Fig. 221 SOFT PERIOSTEAL SARCOMA OF LOWER END OF FEMUR ERODING BONE AND LEADING TO SPONTANEOUS FRACTURE

股骨下端骨衣軟疙蝕骨致骨自折

有蛀食骨胴之弊。以致骨幹自折。此類者畧軟於前類者。且其彈力性亦較甚。並多累及骨之一側。而不甚繞於骨之週圍。骨疙之血管每甚多。致有搏動之狀。覆瘤之皮亦甚顯出衆多之淺靜脈。

診斷、骨疙初起。甚難分辨。骨內疙恐誤視爲慢性骨衣炎。或骨內生瘻或瘻瘤。若不易識。須割去一小塊。以顯微鏡查之便知。若截肢必先用此法。後期者以指按之彷彿破蛋殼之响。或似袋瘤起浪之狀。辨之則易也。骨衣疙。恐誤爲骨病阜或瘻。但因其有定限。且其中軟硬不一。可爲辨認之

助。若惑焉。可剖開視之。欲知搏動疕與動脈囊之辨。可觀前二百二十八頁。患若累及骨端之接面。

第二百二十二圖



Fig. 222 OSSIFYING PERIOSTEAL SARCOMA OF FIBULA

腓骨衣疕變成骨

則疑爲瘰症。但瘰症者。其中心正對關節。而疕則不然。乃離關節少許。並關節亦能動。且不甚痛。而夜亦無抽扯之疼。此益助醫者定其爲疕瘤而無疑也。亦可觀病者之年紀大小。及體之衰憊否。或可辨明。更以X光線驗之則確然定矣。

早辨明此症屬何瘤。乃爲至要。於療法大有關切。如係骨衣疕。其結局甚不佳。因此疕早佈散於全身。小梭形脒疕更爲最惡。所佈散之瘤。有時含骨質。如佈散於肺者是也。骨內疕較骨衣疕之惡畧輕。但係小圓脒疕。其結局不佳。

治法　療治骨疕瘤其手續甚困難。雖用最去根之法。而患仍每復發。或病者原患處已癒。而他處又有子瘤發現。以致死亡。故若疑某處有疕。須早細心查之。亦可剖開取一小塊查之。此爲最要。昔日外科家遇此患。即在離患處畧遠而截其肢。同時用顯微鏡視骨髓已受累否。若瘤在脛骨下端者。即於膝處截肢。瘤在脛骨上端者。即在股骨中截肢。瘤在股骨下端者。若係骨內疕。即於髀關

節截肢。若係骨衣疕。則於股骨大凸之下截肢足矣。瘤在肱骨上端者。則於近肩關節處截肢足矣。有者將髀骨一併除去。但按此療法治之。其所得之結局不佳。並每有子瘤生於肺中。故近來之外科家。頗有疑惑此截肢療法可否能用。近日更依割去患處。髓用X光線。或柯勒氏液療治之。又有者用銳埋於瘤中。二十四小時至四十八小時之久。其瘤漸漸消滅。但子瘤未必不生。只在乎判定症係何類。則可望治法有能改此惡症最烈之結局。

子疕 Secondary sarcoma 生於骨者亦不少。大約屬骨內疕類。並全身受其累。故不能治。但有時因骨自折者。則無已。只宜截其肢也。

骨疽 Carcinoma 每係子瘤。但有者由原瘤累及骨所致。均係骨內類。亦或甚疼。或致骨自折。但骨仍復接合。乳房疽者除累及胸肋骨外。其子瘤多生於股骨上端及脊骨。

骨之脾腺性疽 Thyroid cancer of bone 見第三十二章。

骨搏動瘤 Pulsating tumors of bone or osteo-aneurism 骨搏動瘤。除搏動疕以外。另有二種搏動瘤。能累及骨。（一）由骨髓起者。乃爲多血管及非惡性䐊所成。與接通之動脈囊相似。第二百六十八頁 多受累者惟顱骨。其骨髓即消化。而僅存一層薄骨。瘤數不定。按之有似破蛋殼之聲。（二）多生於脛骨上端。或他處之骨鬆䐊內。瘤內爲大穴。被血灌滿。且有數靜脈入其中。大約此等瘤乃屬疎鬆疕䐊或髓脒瘤潰成者。

治法　須先剖開視之。若非係惡症。可刮淨其穴。以濃卡波利酸搽之。再以紗布緊塞之。使肉芽胐由底而生。但仍流血或係惡瘤者。當依上法截肢。

骨袋帶虫症 Hydatid disease of bone　骨鬆胐及髓內。可存此物。骨痕大似骨內瘤狀。並甚有畸形。骨之密層消散。恐有骨自折之弊。此症無壁以限定。乃小子袋散佈於患處。此症難以辨明。須剖開驗之。因有處此症不多見。故有醫者茫然而難識也。　治法若能將諸袋均除盡。而不傷骨幹。則可望痊癒。而保其肢。若症已累及骨胐甚寬。無論骨自折否。須截其肢。可望痊癒。但若能用接補骨法。則勿庸截肢也。

骨單純袋 Simple cysts of bone　此症每見其累及脛骨或肱骨上端。乃漸漸而起。大約不疼。可誤認為疙瘤。至截其肢。始查明其非疙瘤也。或至骨自折時始知有此症。　袋內被一層薄筋胐所包。無內膚胅蓋之。其病理未曾查明。大約與畸形性骨炎。或骨變軟症有關。因該三症。皆有正骨胐消散。並骨髓胐增加之弊。但在骨變軟症其胐變脂。畸形性骨炎。正胐雖消散。然有畸形新佔其位。並有新筋胐雜其中。而後成袋。　此症稱為生筋胐炎。有者蔓延於全骨。有者只累及一處。而該處成單純袋。除用剖法查之。只有X光查法可以辨症。用此法可見骨變薄之狀。較均於疙。並不若似髓胅瘤顯有黑光之點。　治法。宜將袋割開。刮盡其內物。再以紗塞之。使其由底生肉芽而瘉。或將該患處之骨全割去。用接補骨法以補其缺。

接補骨術又名**植骨術** Bone-grafting　用此法乃在骨甚碎折。致該處之骨一段被滅。或治骨瘤。或骨袋。或骨腐時。將骨幹割去一段。宜用此法以接補其缺。　昔日以死骨片。或象牙桿。或骨桿。爲補骨之用。近來即知此物乃有暫時之益。至新骨復長時。即將該物消散而代之。用鮮骨則不然。因其雖離原處而補於他處可仍活。並與該處之胭合而爲一。　諸醫學家甚討論所用之骨塊應否仍留其骨衣。有云骨衣若仍留。較無骨衣者更易生活。且移置新處其相合之希望甚大。雖新骨非由補骨衣而生。然其衣大有滋養骨塊之能。並令鮮血至補骨之新位。以便補骨不死。然其義有可疑者。因無衣之較有衣之骨疎鬆。而新血管更易透入。凡用此二者均有佳結局。　補骨由本人。或由他人。或由牲畜而取。此三者以第一爲常用。其結局亦最佳。普通乃用脛骨一片。或腓骨之一段。大約用一長塊爲佳。若不爲特別修補。（如用圓鋸取顱骨等）則勿庸搗碎。宜將補骨釘穩於缺處之間。或栽於特備之骨髓穴。或用絲線或羊腸線縫於缺處。用金類片。或金類絲。或螺釘。釘補骨於缺處。皆不甚佳。鮮骨若在軟胭亦可生活。故有以此法補鼻梁缺。而得有佳結局者。用此法患處及補骨必完全潔淨。其結局方佳。故某處患急性骨髓炎。至骨幹死而取之。若立時用此法補其缺。乃枉然耳。但其缺處既除盡穢染。而用補骨法。可骨補骨生活而得佳結局。

第二十二章　關節傷害　關節脫臼

INJURIES OF JOINTS DISLOCATIONS

筋帶扭傷又名韌帶扭傷 Sprains and Strains　此由關節忽受直接之大力。或受間接之大力而致。如踢毬不慎。操作苦工等。　其筋帶扭者。乃滑膜破裂。或牽扯及滑膜撕破。反摺入內。是也。甚者以致離開所黏之骨。　初時甚痛。隨即流血。其血流入環於扭處之腡。或入於關節之內。且該處發炎。而有滲液。苟不善理之。日久則該關節軟弱而痛。此因滲液粘貼或筋帶未盡復原之故。　凡受此傷者。若不善爲治理。有瘰性者最易起瘰症。亦有日後成爲骨關節炎者。當筋帶扭時。如人不康健。則能得急染性關節炎。

治法。當筋帶扭時。立用濕帶妥纏被扭關節。以阻滲液多出。且將該處墊高不使之動。間時以散熱藥水擦之。傷輕者。越數日。宜纏以貼膏或托以自縮帶。重者。該關節宜久而不使之動。迨痛止始已。後即用激藥擦法。又以冷水熱水更迭灌洗之。並施揉捏法。因此三法。皆能助該肢復其功用也。

關節刺傷 Penetrating wounds of joints　受此傷時。滑液流出。色似蛋白。如油滴浮於血面。若傷口微小。則其液不致流出。　按受此傷後。畧有炎狀。其輕重則視乎關節染穢否。如未染穢。則只有順性滑膜炎。但不久自癒。如已染穢。則必有急性關節炎。致關節全壞。但所刺之傷。雖不治之。亦未能必被穢染。如所刺之物潔淨。且由斜刺入。將傷口揜蓋。或傷口大而液易流出。如此者。或不致成染性

炎。自能痊癒矣。

治法。　傷口小者。若刺入之物潔淨。則用防穢水洗淨外皮。施以敷料。然須留意於灌洗也。倘疑所刺之物不潔及恐已刺入關節之內。則須確查其關節何如及有身熱否。若顯急性關節炎之狀。則須將其關節大割開。減其緊張之力。以水灌洗之。苟傷口不潔。恐關節穴受累。則宜開大其傷口。洗淨其深處。細查其果刺至關節穴否。如已刺至。宜再割大其口。以便置引流管而洗之。若用畢氏療法。或能防其穢染。如已被穢染。可按常理治之。

關節脫臼又名脫臼　DISLOCATIONS

先天脫臼 Congenital dislocations　所謂先天關節脫臼者。係在初生時。有一關節離其原位也。然此名不甚恰合。緣該處舒長不全。並非其骨被迫離位也。患處多在髀關節。但亦有在肩、肘、腕、頷等節者。亦有胎生時髕骨全無或離其原位者也。先天髀關節脫臼詳見十九章。

病致脫臼 Pathological dislocations　此症由關節內有病而致。如瘰症、關節骨炎及沙可氏 Charcot 等症。茲不具論。

傷致脫臼 TRAUMATIC DISLOCATIONS

病原　此分素因及惹因二者。素因者。乃在乎形體。即髆盂骨臼淺及肌或筋帶弱是也。然在小兒甚罕見之。因其關節或隣處若受大力。每致骺裂而關節不脫。至若老人。其骨甚脆。故骨折多於關節脫臼。每見關節脫臼者。多在壯年之人。且男多於女。　惹因者。乃受外力或肌力或二力兼而有之。其力或直至節處。或至節之左右。均能致關節脫臼。如只受肌力而無外力。以致關節脫臼者。大約最多在肱骨頭、髖、頷、髁等處。但因筋帶先有病。或離位而牽長。以致關節屢行脫臼者。多因肌力使然。

完全脫臼 Complete dislocation　關節完全脫臼者。乃其骨節面全然離位也。　其不全脫臼者。乃其骨節面半離位也。　穿破脫臼 Compound dislocation　穿破關節脫臼者。乃皮被穿透。致空氣進入關節內也。　其紊亂脫臼又名複雜脫臼者 Complicated dislocation　乃因所受之傷累及血管或腦經或內臟也。　其骨折脫臼者 Fracture-dislocation　乃其一或二骨被折也。

病狀　(一)傷處之軟胭痛痏腫。此因其軟胭破裂。並有血進入之故。其血之多少。則關乎傷之輕重。(二)肢顯畸形。因關節之骨端離位之故。有一目了然者。有捫而始覺者。(三)肢之活動及其功用。皆有妨礙。其功用之減。或多或少不一。若近關節之骨已折。一被動。則其關節甚痛。並有擦聲矣。

第二百二十三圖



Fig. 223 OLD-STANDING SUBCORACOID DISLOCATION OF THE SHOULDER, SHOWING ATROPHY OF TRUE GLENOID CAVITY, TOGETHER WITH FORMATION OF NEW JOINT AND ALTERATION IN SHAPE OF HEAD OF BONE. A, VIEW FROM THE FRONT; B, FROM THE OUTER SIDE

髆喙下肩關節久脫臼可表明髆盂枯所生之新臼及骨頭變形之狀
A 從前面看　　B 從外側面看

結局　凡繞關節之諸網。均受連累。其筋帶或畧破或全破不一。亦有關節骨面折者。此多在較緊之關節。即肘與踝關節是也。其朒或有痏。或半脫。其隣關節之肌及肌腱。均撕開而離位。其隣關節之血管及腦經有痏。或被壓於傷之環處。其血亦多滲入網內。夫關節脫臼之顯狀既如此。可知施復原術不易也。其故有二。(甲)在乎關節及筋帶之佈置。若該處受傷。必致其骨凸峯互相鉤阻。且當骨頭脫臼時。扯破其裏筋帶。不能與原孔恰對。雖亦有被隣處之筋

帶及肌腱所阻者。然甚少見之。(乙)因受傷者欲令其肢安舒。其肌必致縮緊。肌縮既久。則不能自行弛緩。致令脫處難於復原。故用推扯法時。宜先用迷蒙藥方可。

若關節既已復位大約必不至再脫。而該處即速營其補復之功。卽血塊唻去。裹筋帶之孔亦成瘢而合。且不留甚後患。然有關節甚弱而弛緩。易復離位者。亦有復原後。關節內有粘貼之弊。或筋帶及肌。因傷成瘢而縮。致其關節之動。不甚靈便者。若關節脫臼而不復位。其節穴必漸淺。此因該處之膉變成筋膶以塡之也。且離位之骨頭。黏於所依之膶。此因該處發粘性炎。致膶變成密實之筋膶。或在此處。成一假關節。更有膉被蝕。骨端顯露。變似象牙之硬。並因發慢性骨衣炎。致骨端甚顯畸形者。若骨頭錯於他骨處。該骨必被壓而枯。或因發慢性骨衣炎。致該處過長。如此必致該處成一新臼。第二百二十三圖　於是關節之隣肌縮短。致肢之位置異常。且所扯破之肌腱亦黏於他處。致肢失其靈動矣。亦有隣近關節之腦經被壓而甚痛者。

治法　宜令離位之骨復位。切不可遲悞。其最要之法有二。卽手技法牽伸法是也。然能以手技法尤妙。因其不致使隣膶多受害也。按用手技術。Manipulation　須將其肢四面轉動。令離位之骨端循其所扯破之裹筋帶。復其原位。但用此術於肩及髀關節較易於用在樞紐關節也。凡復位難者。宜施以迷藥。在肩及髀關節尤須用之。平常用哥羅芳爲佳。因其能令肌甚弛緩也。倘遇不宜用哥羅芳者。如其腹飽則可用伊打矣。然切須知治肩關節脫臼。多因用哥羅芳而致命。其故有二。(一)因迷

蒙過深。(二)因未能完全預備。故用迷藥時。不可不留意也。在髀關節脫臼。用射脊腦痲藥法為佳。

牽伸術。Extension 乃施於有肌阻其骨復位者。施此術時。須牽住其上截而對牽之。或使人對牽。或以巾縛定。或醫士自用膝或脚。頂緊其上截。使之不動。而後施牽伸術。然無論如何牽伸。均須留意。不可傷其軟胴。宜徐徐緩牽。勿震其肢而疾伸之。恐貽後害也。 當關節復位時。平常每聞有若斷聲或若吸聲。此因肌縮而然。倘用迷藥。則不聞此聲矣。至復位後。宜使其肢穩固不動。以俟扯破之裹筋帶痊癒。惟越一二日。可揉捏其肢。越一星期。可用被動術。

久未復位者之治法。 此令其復位甚難。然亦有脫至兩三月之久。猶能施復位術者。惟不可過於用力。恐扯破其所粘着之胴。致令其大血管及腦經有險也。嘗有用滑車機牽伸法治之者。但每有意外之傷。輕則皮破。重則全肢盡脫。若欲試用。如未能立效。切不可卒用。 治脫臼久未復位者。須先視其能動之多少。動之多而不痛者。僅用揉捏法及手技術。或其肢即能適用。若動之少而且痛者。須用割術治之。其術有二。(一)顯露割術。Open operation 即割至其骨頭。開其裹筋帶。將所有之粘着胴除淨。隨即施以手技術。或牽伸術。或可使之復位。雖有人報告。用此術施治肩關節久脫者。頗能奏效。但用此術難而且險。其所獲之效。每不能相抵。若傷處甚久。更不必用之矣。(二)割取術。Excision 用此術之結果。勝於前術。在肘關節。只有此術可以見效。而肩及髀關節。用此術尤宜。

穿破脫臼。 此患甚重。因不特隣處之血管與腦經受累也。苟非以合宜之法治之。恐染穢而成膿

性關節炎。以致關節壞。終成關節强直之弊。如在大關節。或能致命。因有穢染血並串瘧也。治法。須使傷口無穢。及令離位之骨復位。如不能復位。須將其皮之穿口開大。令離位之骨復位。若其骨有痏及傷。須割取之。倘其血管及腦經並有傷損。如係老人。則割斷其肢矣。

特種脫臼 SPECIAL DISLOCATIONS

頷前脫臼 Dislocation of the jaw forward 此患罕有。大約因肌力而致。或因開口時人擊其頦。或打呵欠。或笑或試食過大之物所致。亦有因取牙時用力過度而致。甚有無故而脫。且有屢脫者。此由關節裹筋帶過鬆。或因顳凹前阜舒長不完全也。

脫臼之機例。 凡人開口時。其頷（髁頷輪）則動向前至顳凹前阜。若過於用力。則頷髁即錯入顳凹。（第二百二十四圖） 其脫臼之故。係頷之關節間脉與頷髁相隨。且翅外肌亦附麗於頷髁。故動之過甚。能令其頷脫於前也。

頷若離位。無論一側或兩側。（兩側者多見） 其口皆開而不能合。上下齒相離約一寸。頷凸出而不能動。口常流涎。發言及咽物不便。脣音齒音尤甚。耳屏處凹陷。在此凹陷前。其頷髁可以捫出。如代動之。亦能少動。以指入口捫之。可覺其頷峯在顴骨之下。 倘一側離位者。其病狀不甚顯然。所離位之頷能少動。頦則偏向不離位之側。

圖四十二百二第



Fig. 224 DISLOCATION OF JAW

臼脫頷

治法 平常頗易使之復位。即壓其頷髁低於顳凹前阜也。蓋此時嚼肌。太陽肌。翅內肌。自將其頷輪牽回顳凹。其壓低法。乃令患者坐。醫士立於其前。用巾纏兩拇指。入彼口內。向大牙處壓之。壓下時順推向後。至頷輪落下。即兜高其頦。如是則復位矣。於是用四尾帶纏其頦。數日內勿令其移動。然有復位畧難者。或須施迷藥也。

有醫者報告有頷脫後。並折其耳骨扁及撕破耳胦。致耳流血者。亦有頷脫上穿透顳凹頂。而入顱穴者。

頷不全脫臼 Subluxation of jaw 此因該處之間胦較弛緩。或移位而致開口時。則胦必致被摺或被壓。致下頷痛而暫不能動。復位時。則顯似折之聲。每有滑液滲入關節之內。可外敷起炮藥以治之。如不見效。可割開其關節。以去其胦。或縫穩其胦也。

髃之胸骨端脫臼 Dislocation of sternal end of clavicle 此關節雖似弱。且每遇甚强之扯扭力。然罕有脫臼者。因該處所環之筋帶甚健。且肋髃筋帶尤健。故髃骨被折。較易於脫臼也。每見髃脫者。屢因在肩處受外力所逼而致。倘所受之外力由前至者。能令髃骨內端向前脫。更有二類。即後脫與上

脫是也。

前脫　當脫時其骨端貼於胸骨之面。易用手捫出。其所有之筋帶。除連兩髃筋帶外。皆被扯破。其肩亦微向身之中線。治法。若欲其復位。可用膝頂在兩髆峯之中。攀其肩歸後。但宜使其肘置於腋中線前。倘虞再脫。宜用二巾縛在兩側肩腋處。又將其巾端在背後打結。與治理髃折無異。再用巾將其肘縛定在腋中線之前處。後令患者安臥牀上數日。直至所扯破之筋帶復生合而止。然平常髃頭仍不免畧有向前之狀。但雖未盡復位。亦無甚妨礙也。

後脫　此患罕見。脫時其髃端居於胸骨上端之後。致總氣管食管及頸血管均被壓。因此嚥及呼吸甚難。或頭有盈血之狀。復原法同上。如不能復位。而現甚危之壓狀。則須割其骨端矣。

上脫　此患甚罕。其骨頭在胸骨上凹及顳胸肌後可以捫出。其總氣管及食管均被壓。如施復位術。須力攀其肩歸後。並直壓其髃端。

肩髃關節脫臼 Acromio-clavicular joint　此乃髆肩峯脫在髃下或髃上也。大概脫於下者較多。此患甚易辨認。因骨凸起異常也。其原因大約髆受大力而致。復位不難。然每易於再脫。須於復位後令肘作正角形以帶綳之。用絨布墊其肩上及肘下。免帶移動。再用帶橫纏過胸。在對邊打結。若其骨仍復離位。須用銀線縫術。使其肩髃兩骨關節面相合。但縫時切宜留意。勿令其線挨於關節面。恐將來有强直之弊也。其縫法或豎縫之。或按縫褥法縫之皆可。

肩脫臼 Dislocation of shoulder　此處之脫。較多於全身所有之關節脫。蓋人之髆盂甚淺。肱骨頭甚大。且其裏筋帶弛緩。及其動轉之力廣闊。而肩之部位又難保不遇意外之傷。故其骨頭易脫也。凡人遇意外傾跌必以手或肘支撐。故相撞之力。傳至肱骨頭。致扯破其關節裏筋帶。令肱頭落腋。在髆盂下。至骨頭之離位或前或後。乃關乎所受之力在前在後也。脫向前者。骨頭乃在髆喙下或髃下。脫向後者。骨頭乃在岡下凹下。然肘或肩若直接受力。亦能令肱骨頭離位直向前或直向後也。

第二百二十五圖



Fig. 225 SUBGLENOID DISLOCATION OF THE SHOULDER

髆盂下之肩脫臼

第二百二十六圖

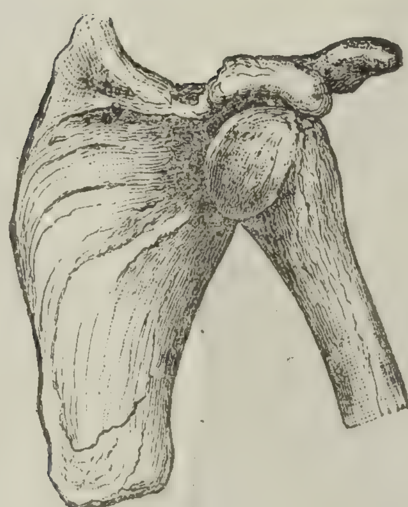


Fig. 226 SUBCORACOID DISLOCATION OF SHOULDER

髆喙下之肩脫臼

病狀　此病狀顯而易見。(一)因肱骨頭離位。肩處平而不圓。第二百二十五及二百二十六圖　其髆肩凸出。捫其下有凹。被三角肌蓋之。此肌甚緊。(二)因肱骨頭既已離開髆盂。故捫之處若無物。(三)肘畧離於身。若使之置其手於無傷肩上。該傷側之肘必不能貼脇。但脫在髆喙下者不定顯此狀。(四)由肩至腋之直度加長。且腋之前廉或後廉。亦較常畧低。(五)若用平尺直置於髆肩。其尺

之下端。可貼於肘。若肱骨頭未嘗離位者不能如是。但肱骨解剖學頸折者。亦顯此狀。除以上各狀外。又有脫臼所常顯之狀。即該肢不欲移動及痛傷是也。若用X光線實體照法。其於判症也更為有益。

第二百二十七圖

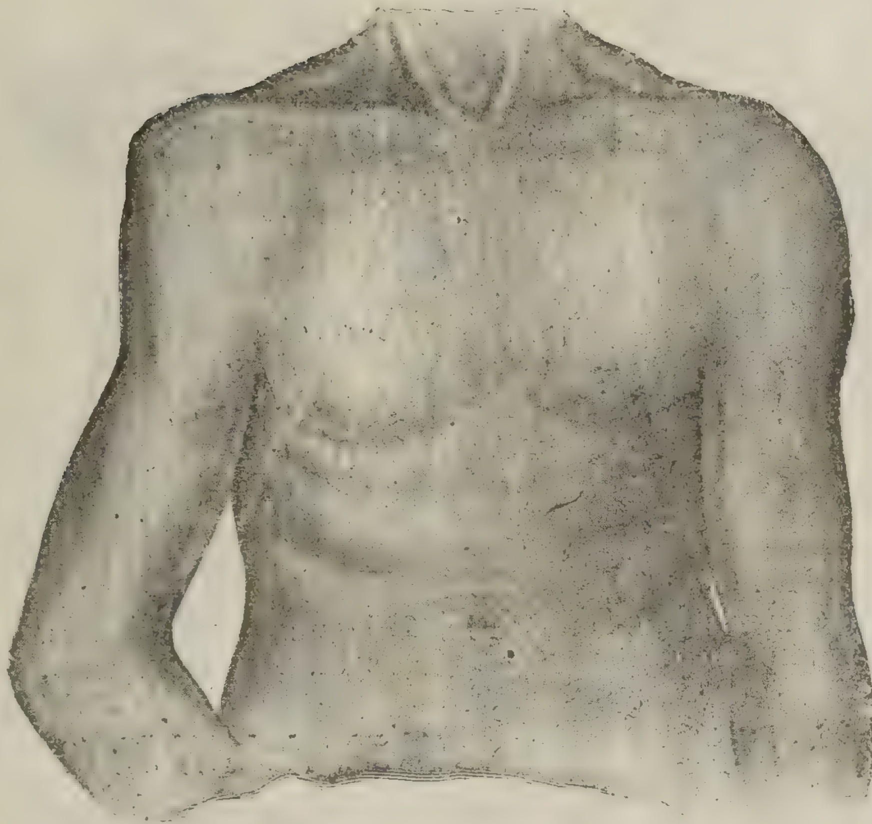


Fig. 227 SUBCORACOID DISLOCATION OF THE RIGHT SHOULDER

髃喙下之右肩脫臼

髃盂下之脫臼 Subglenoid dislocation

（第二百二十五圖）凡人上肢展開而得肱骨頭脫臼者。其初步肱頭乃脫至髃盂下。但至療治時。肱骨頭已移至他處。故此狀不多見之。若見之。其肱頭必在腋處貼於髃外廉之髃盂下。髃前肌在其上。小圓肌在其下。三頭肌之長頭在其後。其關節之裏筋帶及附於肱粗隆之肌。皆被扯破。其腋之血管及腦經。亦皆被壓。致手指麻木。其肱骨頭在腋處可以捫出。腋前廉較低於常。肘離身向後。該肢約加長一寸。前臂常屈而不伸。

曾見報章登載。有脫臼者數人。其臂上豎。然肱骨頭仍脫在髃盂下。此名為豎立脫臼。

髆喙下之脫臼 Subcoracoid dislocation 第二百二十六及二百二十七圖　此類爲最多。其肱骨頭在髆喙下。居於髆頸處之髆盂前。其肱骨頸。恰貼在髆盂前廉處。由是髆前肌腱。在肱頭上扯開或扯破。致骨頭復位被阻。若附於肱大凸之肌未被扯破。則該肢必有轉向外之狀。若已扯破。則肢必轉向內。其肘之位置。向後向外。其肱骨頭在三分髃之外一分處可以捫出。然其肢加長之狀。不甚顯然也。

髃下之脫臼 Subclavicular dislocation　此等脫臼甚鮮。其肱骨頭所脫之方位。與上畧同。惟骨頭較以上者更向內側。而居胸小肌之第二第三肋處。肘畧向後。與身相離甚遠。且該肢亦顯稍短。

第二百二十八圖



Fig. 228 SUBSPINOUS DISLOCATION OF SHOULDER

髆岡下肩脫臼

髆岡下之脫臼 Subspinous dislocation 第二百二十八圖　此患鮮有。其肱骨頭居於岡下凹。恰在髆盂後之岡下肌及胸小肌中處。其髆前肌約被扯破。肘畧向前。亦可貼於身。臂轉向內。故手能橫列於身前。肩前顯有凹處。肩後顯有凸處。乃因肱頭移位至此也。該肢多無異於常。所異常者。惟間顯畧長耳。

髆喙上之脫臼 Supracoracoid dislocation　此患在醫表上所記者無幾。其肱骨頭離位而上。致折其髆喙或髆肩然折髆喙者爲多。雖復位較易。但有擦聲。且易再脫。

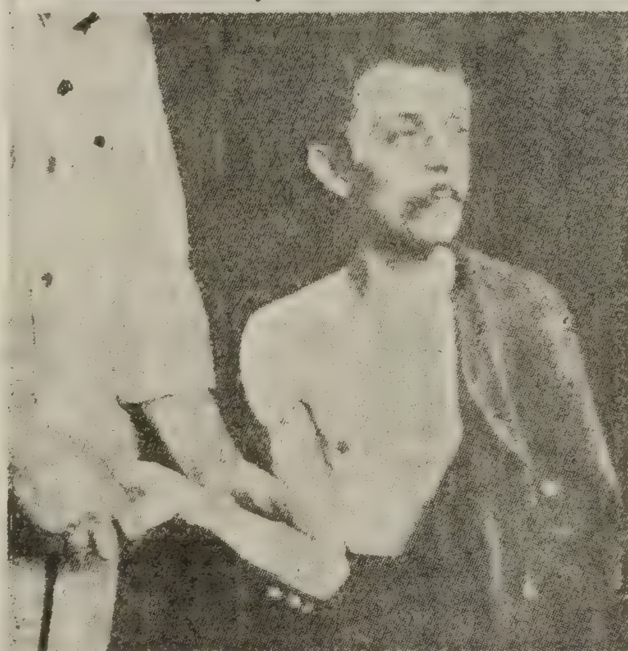
肩脫臼治法

治肩脫臼。其復位之法有二。（一）手技術。（二）牽伸術。

（一）手技法。Reduction by manipulation　若施手術宜用迷藥。然必須留意。夫以手復位有數法。茲述最要者於下。蓋肌既弛緩。若令肢輕輕轉動。肱骨頭自可使之復位也。

第二百二十九圖





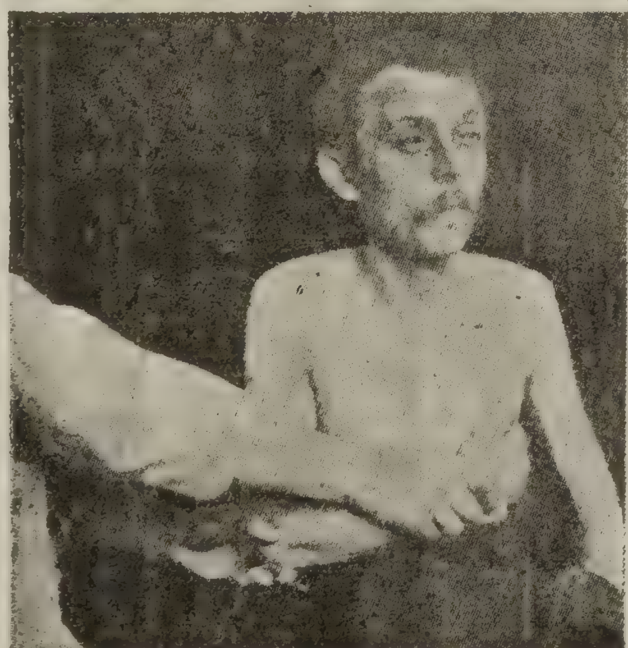


Fig. 229 KOCHER'S METHOD OF REDUCTION OF A SUBCORACOID DISLOCATION OF SHOULDER.

閣耳氏髆喙下脫臼復位法

閣耳氏治法。Kocher's method　此法係令人扶患者或坐或倚。醫士立於其前。以一手執其肘。以一手握其腕。先令肘屈。後將肘畧推向後。貼定身旁。隨漸展其肱骨力使之向外。令骨頭轉至髆肩峯下。則可復位也。第二百二十九圖A　若仍離位。則將肘向前。提高直至極端。仍向外展其肱骨。第二百二十九圖B　卒將其

臂轉向內。令手置於對肩。第二百二十九圖C 凡一切轉動力皆宜由漸而行。不可過猛。恐肱骨外科頸被折也。閣耳氏謂用此法甚佳。因有此患者。其關節後之裏筋帶及其所附之肌腱並未扯破。只伸展在髀盂處而已。此時若轉肱骨向外。是令其筋帶及肌腱弛緩。而離髀盂。且令扯破筋帶之裂口加濶。裂口既加闊。則其上下裂邊必愈牽緊。其肱骨頭仍貼於髀頸。至提高其肢向前時。始離該處。乃因其裂口上邊放鬆。下邊收緊逼之復位也。

司米特氏治法。Smith's method 施法時。視其肱骨頭離位在前。抑在後。骨頭脫在前者。醫士立患者前。用手執其髀。如右肱脫。執以右手。左肱脫。執以左手。執時用拇指頂其骨頭。以四指在髀後拒抵。另以手屈其肘。將肘提高向外。當提高肘與身將成正角時。漸轉其肢向內。其頂肱骨頭之拇指。隨即令其骨頭復回扯破之筋帶內。 肱骨頭在後者。即髀岡下脫臼也。醫士立患者後。以一手執其肩。一手執肢提高牽之向後並外轉。隨漸轉回。令肘貼於身旁。

(二)牽伸復位法。Extension 此法有數類。其義均爲令環於肩之筋帶及肌弛緩也。其法。病者宜墊褥躺臥於地。醫士坐於其旁。用手牽肢。用足頂其腋以抗之。又法。乃令病者坐於椅上。醫士用膝頂其腋。而牽引之。 庫拍氏乃用足頂其脇。直牽其肢向旁。與身作正角形。 白氏乃令患者躺臥。以足撐其肩髀。直牽其肢向上。此法雖善。但宜防傷其腋之大血管耳。

肘關節脫臼 Dislocation of the elbow joint

此患屢見。在少年尤多。由受直接力或間接力而致。此

患每難辨別。因患處速於腫大也。須留意察其骨凸處及其動力何如。若仍難辨別。須用X光驗之。

(甲)橈尺二骨脫臼 Dislocation of both bones

或脫向前。或脫向後。或脫於旁者皆有之。惟脫向後者較多。

後脫　第二百三十圖　有此患者。大約尺骨喙突或鷹嘴突必被折。或喙突離位。倘喙突鈎於肱骨前凹。則肢不能動。若被折斷。則橈尺二骨雖能動。然有擦聲。其肘只能半屈。手不能反覆。祗可中立。且該骨突於肘關節後。致節上有凹。而三角肌浮於其上。其肱骨下端凸於前。肱動脈及軟䐈亦離位向前。以線從肩度至肱骨外輪皆如常。惟由肱骨外輪度至橈骨峯則短。但度至鷹嘴突則畧長。

前脫　有此患而鷹嘴突不折者甚少。判症甚易。因其肢較長一寸。其肢亦屈。因被跌時其肢必屈。始致此患也。其三角肌亦或扯破。

側脫　此患鮮有。或脫於外側。或脫於內側。然脫於外者較多。欲確知其骨離位何如。須詳察該處之諸凸處。或用X光線實體照法。



第二百三十圖

Fig. 230 REDUCTION OF BACKWARD DISLOCATION AT THE ELBOW

肘關節後脫復位法

(乙)尺骨後脫 Ulna

此患甚罕。因該處橈骨頭之圜筋帶、斜筋帶、骨間筋膜等甚健。

罕有扯破也。

治法 凡以上之患。只宜將骨互鈎之處解開。則肌自縮而復原矣。庫拍氏治法。乃令患者坐。用膝頂於肘節內面。手執其腕。將肘漸向內屈。以所頂之膝。推肱骨之下端向外。第二百三十圖

(丙)橈骨脫臼 Radius 此患有脫前脫後脫外之別。

第二百三十一圖

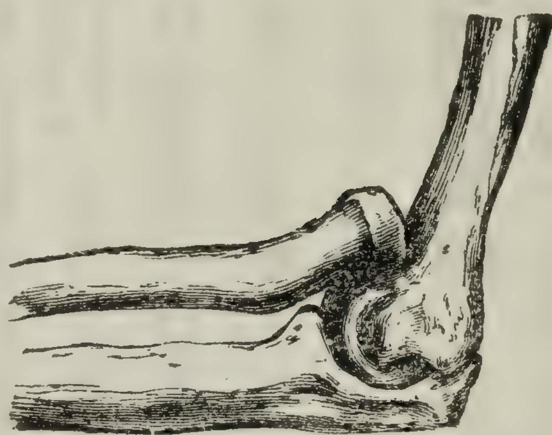


Fig. 231 DISLOCATION OF THE RADIUS FORWARDS

脫前骨橈

前脫 第二百三十二圖 此患多由跌時覆其手。或牽手驟過用力。或在肘關節外後受大力而致。其狀乃橈骨頭居於肱下端之肱骨小頭上之凹處。最顯者乃肢不能盡屈。如轉動其肢。則橈骨頭甚易捫出。且在肱外輪下後有凹。其肘略屈。惟不能覆其手。欲將手反之。則不能全反。祇半反耳。若伸其肢。則肘關節前有凸。有時尺骨之上端亦被折。因傷時多受直力也。苟不能復位。其肢之轉動必大減。且屈時難成正角。治法。乃以一手壓其橈骨頭。以一手將腕扯直。再屈其肘成正角。但橈骨頭之圜筋帶已被扯破。故再脫臼甚易。須令肢三四星期不動。以墊置在肘關節之前。用正角形夾夾之。若脫臼已久。不能復施此法者。須施割取術。其結果亦甚佳也。

後脫 此患較脫前者少見。其狀乃橈骨頭脫於肱外輪後。若轉動其肢。該骨頭卽可捫出。且肘

畧屈。手亦作覆。卽不復位。亦無大礙。

外脫　此患甚罕。其橈骨頭乃脫在肱外輪之外側。甚易捫出。殊礙其肢之轉動。惟易復原。倘不能復原。則須割取橈骨頭矣。亦有尺骨脫後並橈骨脫前者。其畸形頗大。惟甚罕見之。

橈骨頭向下不全脫臼 Subluxation downwards　此患最多者乃在未至四歲小兒。卽其滑膜之一摺。在圜筋帶內。被橈骨頭與肱骨小頭所挾。大約因小兒傾跌時猝然用力牽其手所致。如此者西名謂之扯長肘 Pulled elbow　其肢畧硬而手全覆。該兒必因痛而哭。然治之不難。卽將其肢先全屈。後復全伸可矣

以上只論單純脫臼而已。但每兼他患。卽肱骨輪折其一或內外二輪並折也。因此診斷更難。非用X光視之。不易察定。且治後之結果亦不甚佳。因多有接骨質生出。所變成之粘貼筋膕。甚爲堅韌。有礙其肢之功用也。

肘腕關節脫臼 Dislocation of the wrist　此患罕見。有後脫前脫之別。其橈尺二骨之下端。均凸於皮下。然二峯之位置如常。故與該骨折甚易辨明。亦有因手用力過度而覆。致腕骨及手離尺骨下端。其橈尺二骨下筋帶及骨間筋帶下段皆被扯破者。亦有肘腕弱而痛者。此因三角形之筋肞鬆也。雖其尺骨凸向後。然甚易復位。須以帶緊纏其橈尺二骨。以免該骨之下關節弛緩也。

腕骨脫臼 Carpal bones　近來以X光驗之。卽知此患不少。最多係大多角骨（扶骨）脫後凸於皮下。若拗其手屈向外。所凸之處愈顯。及將手牽伸。其凸形不見。此患易於復位。亦易再脫。若嫌其

運動不便。不如割去。

掌及指骨脫臼 Metacarpal bones and phalanges　此患無甚妨礙。除拇指第一節脫臼者。可勿庸論矣。此患甚難復位。昔者以爲掌骨頭。獨穿入屈拇短肌兩端之中。如衣鈕之入鈕襻內然。今則知復位之難。更有二故。(一)卽屈拇長肌腱。鈎住其掌骨頸。第二百三十二圖(二)乃被該關節間筋胍所阻按此筋胍乃穿過屈拇短肌兩端。而居於此肌二滑骨之間。在拇指第一節之頭。相依甚固。但在掌骨處甚鬆。故脫時其節間筋胍隨之。致令關節難於復位也。　治法。初治時。用牽伸術。卽執其拇指。牽成正角。順推拇歸後。可令其掌骨愈凸及節穴甚大。於是將其拇屈至掌心。或可令其復原。若仍不復。則在拇後中線。於指節頭兩滑骨之中處。用小刀刺入。斷其筋胍帶。如此。則可令其復位矣。

圖二十三百二第

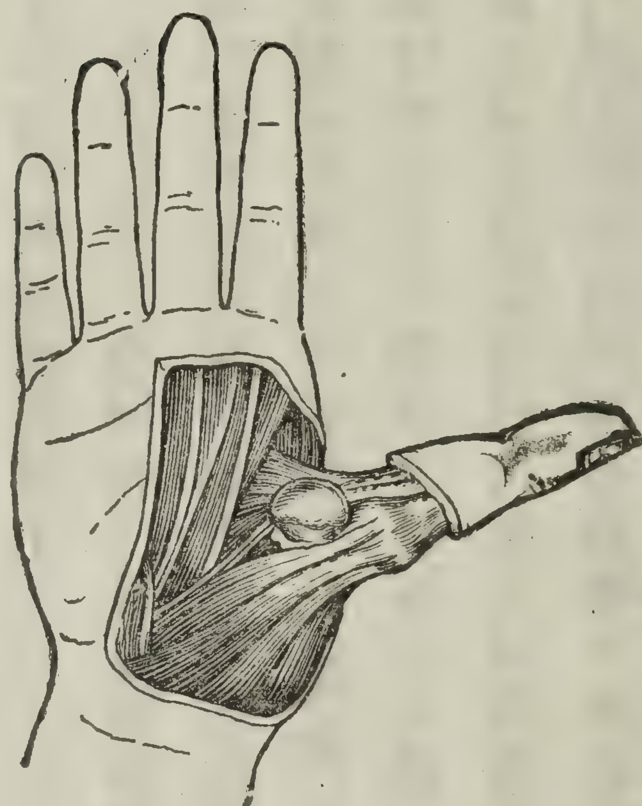


Fig 232 DISLOCATION OF THUMB SHOWING HEAD OF THE METACARPAL BONE PROTRUDING FORWARDS BETWEEN THE HEADS OF THE SHORT FLEXOR MUSCLE

拇指關節脫臼

可視其掌骨頭凸向前居於屈拇短肌兩端之間

髀脫臼 Dislocation of hip　此患雖非常見。然甚重要。蓋股骨頭居於骨臼甚深。且環節之肌及筋

帶甚爲堅韌。因此可知脫臼不數見也。此患每因在足或膝處受大力所致。或下肢不能動時。在背受大力。亦能致此患。除少壯外罕見之。蓋過四十五歲後。其股骨頸折較易於脫臼也。　髀脫臼分爲四類。脫後者二。脫前者二。脫後者。其一脫至髂背。其二脫至骶骨。脫前者。其一脫至盆孔。其二脫至胦骨。核計此四類之分數。脫至髂背者。五十至五十五。脫至骶骨者二十至二十九。脫至盆孔者十至十五。脫至胦骨者。五至十。

機例 Mechanism　論髀脫臼者。須知髀關節後下關節裏筋帶。不及關節前之關節裏筋帶之堅韌。故易被扯破。屢見股骨頭由此處脫出。股骨頭所脫之處。其能動與否。乃由髂股筋帶主之。按此筋帶。從髂前上角起。至股骨大凸(粗隆)前脊止。甚爲堅韌。在髀關節後者。以盆內肌腱爲最要。股骨頭離位時。而居於髂後。其位置之高低。視乎肌腱之破與未破。亦宜知骨頭脫臼時。下肢忽受大力外展。其圓筋帶則弛緩。內闔其圓筋帶則緊也。

當脫臼時。大約下肢開展。裏筋帶下後必被扯破。故股骨頭由此向下後而出。其受傷之因。每緣下肢過於展濶。或爲力牽開所致。如人下船。一脚在船。一脚在岸。其船忽開。而人跌下也。論其所脫之方位。乃在所受之力由何而來。或因人欲助之。而不諳於手術。或因自動而致。倘下肢轉外而伸。其股骨頭必脫前至盆孔。或至胦骨。如下肢覆內而屈。其股骨頭必脫後至髂背。或至骶骨。凡脫後而盆內肌未被扯破者。必阻其股骨頭向上。故停止於骶骨之處。盆肌腱已被扯破者。股骨頭則滑至

第二百三十三圖



Fig. 233 DORSAL DISLOCATION OF THE HIP

股骨頭脫於髂背

腱前而無所阻。故能至髂背也。若人當屈膝下跪時。忽背受大力。致下肢覆內。亦能令股骨頭脫後。

(二)髂背之脫臼 Dorsal dislocation

（第二百三十三圖）診察之。見其股骨頭移向上。至髂臼後。在盆肌腱上。此必動其下肢始能見之。若人過於肥胖。則難以察見也。其髀圓筋帶及裏筋帶。皆被扯破。所扯破之處。在盆腱上或下。乃關乎受大力致脫臼時。其肢外展或內闔也。其外展小肌屢見扯破。或臀之大中小肌及脥股二肌。亦皆扯破。惟髂股筋帶。或不扯破。其骶大腦經被壓或痛。股骨大凸高於髂骶線。幾至髂前上角。其髂骬筋帶亦弛緩。下肢較常短有二三寸。且屈闔而內轉。故股骨軸過於對側股之下段。（股分上中下三段）其蹞依於對側跗及踵之畧上處。在股三角之上有凹。而其大血管。彷彿無物以托之。 診斷。此患本易診斷。然有股骨頸折而相揷者。與之相似。切宜辨之。亦宜詳察因何而起。再驗其下肢內闔而內轉否。又宜視其股骨大凸因頸折而畧濶否。更宜驗其股骨頭離原位否。此數者皆足以爲診斷之助也。

(二)骶處之脫臼 Sciatic dislocation 此乃股骨頭被盆內肌腱所阻。故不能上至髂背。而居於盆內肌腱之下。其受患之原因。乃下肢被強力迫之展外或內闔而屈過度所致。其肌及筋帶之傷。與脫於髂背者同。惟髂股筋帶。不至扯破耳。

病狀。與股骨頭脫於髂背者相似。惟不甚顯。其下肢較常短一寸或半寸。且屈闔而內轉。惟股骨軸斜至對側膝處。其股骨頭不易捫出。因股骨上端之肌厚也。

治法。無論脫於骶或髂背。治法相同。大約係用手技及轉動法是也。亦宜施以迷藥。其法乃令患者躺於地。以褥墊之。先屈小腿至股。復屈股至腹。並使其下肢內闔。過體之中線。第二百三十四圖經數秒鐘。再將肢速轉而展於外。與無病肢平行。如是則關節前之緊腡弛緩。股骨頭能入扯破之裏筋帶內。漸復位於髀盂矣。簡便言之。此法不過上提外展外轉而已。倘不復



第二百三十四圖

Fig. 234 REDUCTION OF ANTERIOR DISLOCATION OF THE HIP

前脫復位法

原。可試用拉法。令患者仰臥。以巾或帶縛於患者骨盆之上。將其帶之兩端。緊釘於地板上。於是屈其股。對腹作正角形。再將小腿屈至大腿。醫者跨過患者之身而立。將兩手從膝後互穿。互持肘節。以自己之會陰壓住患者之膝。用力上提。則股骨頭或能復回髀盂矣。既施迷藥。用以上二法。而猶

不能復位者鮮也。若仍不復位。則不得不用滑車機治之。即以機順其腿勢（平常其勢多與彼腿相交）牽之。再用帶縛其會陰處拉之。以抵其牽力。於是醫士將肢外轉。則股骨頭自能回入髀盂內也。

第二百三十五圖

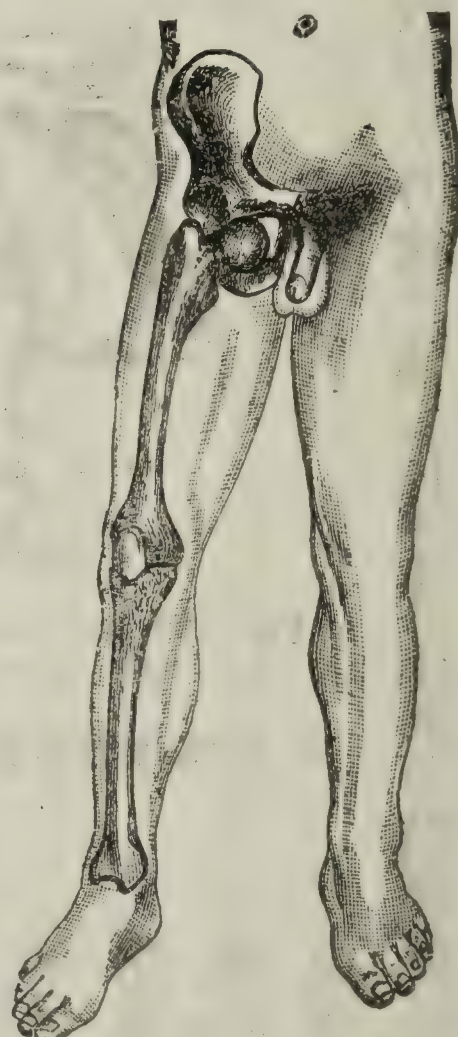


Fig. 235 DISLOCATION OF THE HIP: OBTURATOR VARIETY

股骨頭脫於盆孔

第二百三十六圖



Fig. 236 DISLOCATION OF THE HIP: PUBIC VARIETY

股骨頭脫於胅骨前

(三)盆孔之脫臼 Thyroid or obturator dislocation

（第二百三十五圖）此患關節裏筋帶下端必被扯破。股骨頭由此脫出。但髂股筋帶。未被扯破。惟胅股肌及闊肌扯緊。其圓筋帶亦扯破。股骨頭則居於盆外肌處。在會陰處可以捫出。股骨大凸較常畧平。其股畧外展而外轉。視之較昔加長或二寸。其髂股肌亦扯緊。致其肢屈而趾向外。若盆孔腦經被壓。必覺甚痛。若患者起而行走。雖骨未復位。亦不甚覺痛。但其身必向前俯屈耳。

(四)脥骨前之脫臼 Pubic dislocation 第二百三十六圖 此患股骨頭乃由關節下脫出。或由髂股筋帶前之內側脫出。因體後仰過度所致也。其股骨頭居於脥骨之橫支。僅至髂前之下角。下肢一動。即可捫出。其血管大約被推向內。若股腦經被壓。下肢必致疼痛。其髂股筋帶。未被扯破。但圓筋帶及關節之裏筋帶。皆被扯破。其外展之諸小肌。除盆孔內肌外。大約亦被扯破。髀之形式畧平。其股骨大凸。移向身之中線。其肢較常短一寸。且甚外展而外轉。致股之內側轉而向前。必將其股畧屈。以便髂腰股肌弛緩。

第二百三十七圖



Fig. 237 REDUCTION OF DORSAL DISLOCATION OF HIP

股骨頭脫於髂背復位法

法治。此二類脫前者之治法。與治脫後者相似。宜用迷葯。以屈其膝。並屈股至腹。再外展其肢。復轉向內。第二百三十七圖 於是拉直其肢。則可令股骨頭入髀盂矣。至脫於盆孔者。醫士可脫其履。以足踏盆。使之不動。將肢向上外拉之。惟未拉之先。須將下肢屈成正角方可。　脫於盆孔者。若宜用滑車機牽之。必由腿之上端。橫拉向外。用帶縛其腹。以抵其牽力。其肢既有外展之形勢。於是醫士執其踝驟然力圍向內。使滑車機所牽之處。成爲倚點。如此則股骨頭可入髀盂矣。脫於脥骨前者。其復位法。乃一人將其肢向下向外向後牽之。一人以帶橫縛其腿根而扯之。則股骨頭自入髀盂矣。此四者復位

後。皆須將其膝合縛。令其安臥於牀約二星期之久。方可緩緩用被動法。再越二星期。始令其自動。倘復位後。若因髕盂唇折。或病者無意而動。或復位不全。致有再脫之患。須再施復位法。且使其下肢不動。較初尤久。並宜用牽伸法。夾以利司通氏 Liston's splint 夾可也。

髕骨脫臼 Dislocation of patella　此患或脫向外。或脫向內。或脫而直豎。亦有因髕下筋帶扯破。致令脫上者。有全脫與不全脫之別。全脫者。因裏筋帶扯破。不全脫者。因裏筋帶未必扯破也。

外脫　此患最多。因下肢位置本斜也。此患有因肌力而致者。雙腿內彎者脫之尤易。亦有因受直力所致者。無論因何而致。其受傷時下肢必伸。因屈膝時。髕骨則入股骨輪間峽甚固也。若髕骨全離位者。其髕則居股外輪面。內廉則凸於前。故易捫出。且膝平而濶於常。股輪間峽。因髕骨離位亦甚顯。若不全離位者。髕骨之節面半居於股外輪之股骨面。其外廉則凸於前。　治法。此患有自復位者。亦有須施手技者。卽屈其股至腹而伸其膝。如此。則四頭肌必弛緩。於是以手輕壓髕骨之面。則可復位矣。其不全脫者。若髕骨半藏於股輪間峽。復位有時甚難。恐不免用割開治法矣。

內脫　此患甚少。由受直力而致。　治法。與治脫外者相反。

髕骨扭轉 Rotation of patella　此患乃髕骨直扭。有半扭全扭之別。但罕見之。　治法。與治髕骨不全脫者無異。髕骨屢脫者。多因有雙腿內彎病。或下肢之伸肌癱而弛緩所致。雙腿內彎者。須施截骨術。以正其畸形。但有時須割去膝關節內所餘之滑膜而合縫之。伸肌癱而弛緩者。須以法摺短

其股直肌。或以修補術截短之。

膝脫臼 Dislocation of knee　此患有脫於前後左右之別。若膝關節有病。脫後者最多。至由意外事而脫者。屢見脫於左右。

側脫　其全脫者甚少。多因下肢扭及畧屈所致。若使之復位則不難。

脛骨前脫　此患較脫後者多。大約全脫。股骨之下端凸在膕處。壓其血管。故易令該處成疕。脛骨之上端及髕骨凸向前而成瘤形。此處之上有凹。若骨之關節面相疊。則下肢必短。

脛骨後脫　此患罕見。大都全脫。其不全脫者每五十五人中只有十五人　亦有壓膕處血管及腦經致該處成疕者。五十五人中有十八人

治法。　無論脫前脫後。令其復原甚易。即屈其股至腹而後拉之。再以手導其脛骨入原位。後用夾夾二三星期。使其肢穩固不移。

弓胍離位或扯破 Displacement or rupture of semilunar cartilage　此患每因扭傷或絞傷而致。夫人之膝轉動時。非屈肢不能轉動　其弓胍被股骨輪所壓。必畧變其位。且在屈時。弓胍較伸時更形弛緩。而愈為易動。由是可知受傷之理也。至於弓胍離位。約因忽然轉動。或受扭傷所致。如擊球踢球時。忽轉其身。或失足屈膝跌倒之類。　弓胍受傷。內側較多於外側。且因受傷之輕重而有不同。有時將附麗於脛骨之弓胍前後二端扯破。致左右之動勢增大者。第二百三十八圖A　其中間被扯破者。更為多見。第二百三十八

B圖亦有循弓形而順裂者。第二百三十八圖C所裂中間之一片。或自由浮動。有時被壓於二骨之間。此片隨即發炎而腫。若不善爲治理。恐有屢行離位之虞。

病狀 受傷時其膝必時覺甚痛。下肢則屈而不能伸。或有自行握弄而復位者。亦有經數小時。

第二百三十八圖

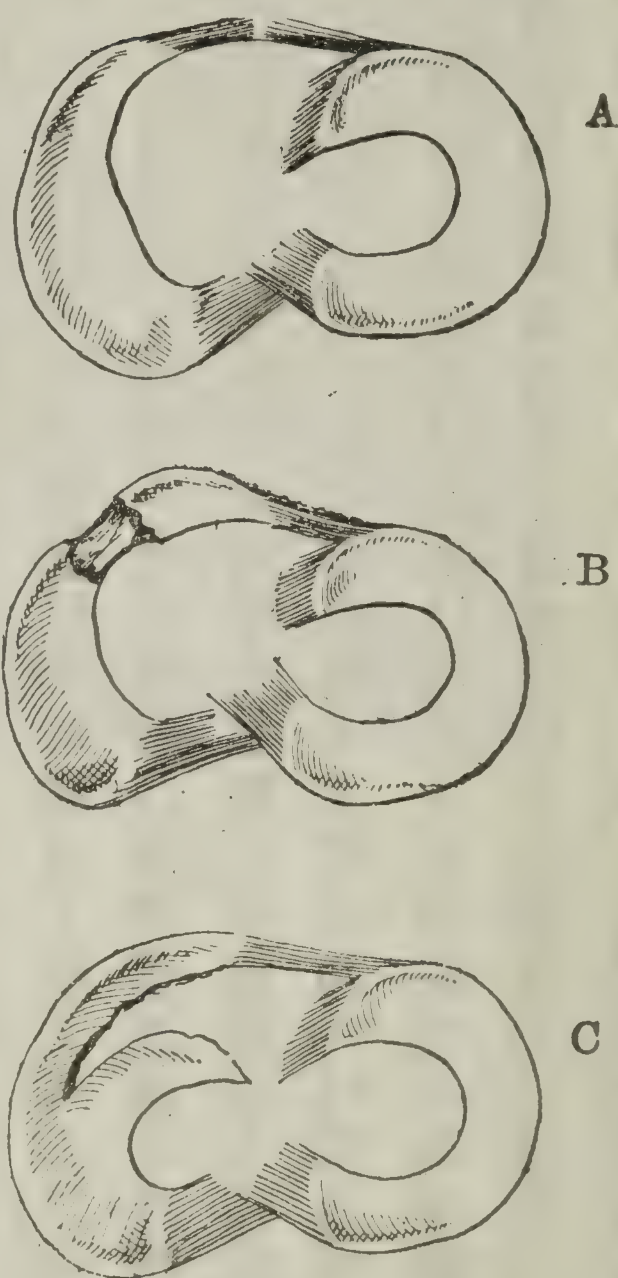


Fig. 238 DIAGRAMS OF VARIOUS TYPES OF INJURY SUSTAINED BY THE INTERNAL SEMILUNAR CARTILAGE

此乃表明數類弓朒被扯破之傷形

In A the anterior attachment has been stretched and torn, and the cartilage is consequently loose. In B the cartilage has been torn transversely across, and a weak cicatrix has formed. In C the cartilage is split longitudinally, and it has a loose tag, which causes trouble.

A 乃弓朒前端扯破而牽長故有移動之勢

B 乃弓朒橫扯破致成瘢故該處軟弱而移動

C 乃弓朒順裂致中間一片移動

或一二日。關節不能動。忽自癒而能動者。但復原時。聞有聲響。後則滑膜或畧顯發炎之狀。亦有不自復位。必須外科士施治者。其宜用迷藥與否。則視其光景如何。如治理不善。甚易復脫。久之愈甚。因滑膜發炎。致筋帶弛緩也。或有因下肢柔弱。致站立不穩者。其關節前面。大約有一處甚疼。此疼與脛骨面相應。若搖動其小腿及屈伸其膝。該朒之移動。皆可捫出。

診斷　此患不易診斷。因弓朒離位或扯破。與關節內有移動物（關節鼠）Loose body in joint 者相似。亦與關節之滑膜繸長厚。爲兩骨所夾。或在髕下筋帶之滑囊長大。壓入關節內者相似。及查此患之來源。若因受意外之傷所致。料係弓朒離位或扯破也。且弓朒離位。亦與弓朒炎者畧似。但其來源亦不相同。　弓朒炎者。約因自高處跌下。致該骨受傷發炎。其膝轉動時。必覺甚痛。起立愈痛。故其肢畧屈。不似弓朒離位者。忽然作痛。膝關節亦非緊鎖。但捫之雖疼。而弓朒不顯移動耳。

治法　初起者。可用手技復位術。卽屈其下肢而驟伸之。同時按其患處。其復位之聲。有時可以聽聞。於是穩其肢。以托後夾夾之。更敷以散熱藥液。俟其炎散後。用石膏夾夾數星期。使之不動。其扯破之筋帶。可以復合矣。迨六至八星期。則須施揉捏及代動法。縛以自復膝帶。令患者試行。　倘其弓朒仍離位。則須開其關節而割去之。其法乃向弓朒邊。橫割一灣口。視其何如。若弓朒鬆而能動。則以線縫於蓋脛骨頭之衣。以阻其入骨間處。如不能施縫法。則須割取之矣。割畢縫合其割口。使之安息旬日。更用合宜之揉捏法。則可助胴速於痊癒矣。

膝乂筋帶扯破 Rupture of crucial ligaments　此患乃因忽受大力。致關節無力而失其功用也。且其前後左右之動亦異於常。無他治法。只宜割開關節。縫其筋帶而已。

踝關節脫臼 Dislocation of ankle　此患有脫於外內前後上之別。（其脫數之多寡如上所列之次序）　因蹶（距）骨乂於脛腓二骨之間。故該關節脫臼時。每累及此二骨被折也。

側脫 詳上第四百四十一頁

後脫 人之蹠骨上節面。前寬於後。然脫後之患較多於脫前。大約因跳走時失足。或足不能動時。受大力所致。平常兩踝被折。其蹠骨之後節面向後。居於脛骨之下端。其踵更凸於後。脛骨之節面。則居於蹠骨頸或舟骨或斧(楔)骨處。

第二百三十九圖

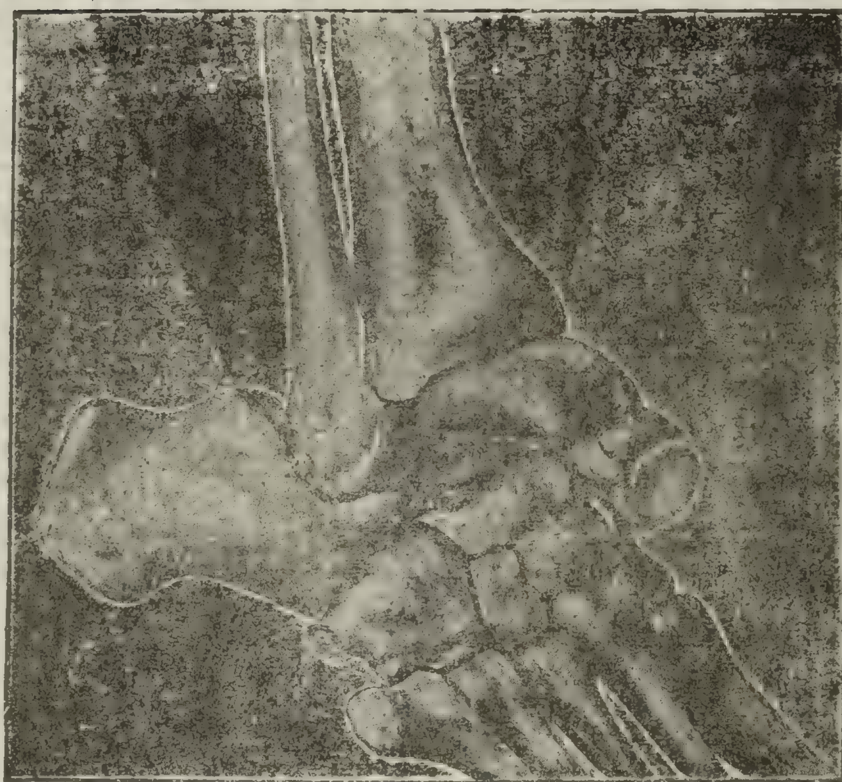


Fig. 239 DISLOCATION OF THE ASTRAGALUS FORWARDS

蹠骨前脫

前脫 此患甚罕見。然亦有之。惟踝不折。其足似畧長。其脛骨居於踵骨後之上面。在蹠骨之後。以致後跟及踵腱不顯。脛腓二骨之下端。將踵前凹塡滿。 治法。可用牽扯術。令其復位。乃屈小腿至股。令踵腱弛緩或割斷踵腱。後令足與小腿成正角。更令蹠骨與脛骨兩節面相合。卽能阻踵離位於前後。再以克來印氏 Clines' splint 夾板夾之。

上脫 此患乃蹠骨向上。居脛腓二骨之間。且將脛腓筋帶及骨間筋帶扯破。其畸形甚大。

蹠骨脫臼 Dislocation of astragalus 此患不常見。乃因附麗於蹠骨(距骨)之諸筋帶被扯破。致蹠

骨離其脛腓弓處之位也。惟能脫於前後。而不能脫向左右。其筋帶有全扯破者。有不全扯破者。亦有皮被穿破者。

前脫 第二百三十九圖 此患較脫後者尤多。其全脫者。筋帶必被扯破致踱骨離位。居於外斧骨及方骨之上面。且皮牽緊或扯破。其不全脫者。踱骨頭或向內側貼於舟骨。或向外側貼於方骨。脛骨之下端。則居於踱骨之節面。

後脫 此患平常係全脫臼。其踱骨轉至踝及踵腱之間。故踱骨在此處可以捫出。

治法 其不全脫者。可以復位。宜用迷藥。屈膝以使其肌弛緩。或須割斷踵腱。隨即牽拉其足。於是壓其離位之骨。使復原位。其全脫臼者。則不能復位。因踵骨被肌牽上至踝弓處。僅施以手技術無益也。故須用割取術。然其足之功用亦不至減少。

踱下之蹠骨脫臼 Subastragaloid dislocation 此由足之筋帶大扭所致。有脫前者。有脫後者。最多者乃脫後或向外或向內。其踱骨頭與舟骨相離。居於舟骨後面。足之內廉彎而畧短。其踵凸出。脚趾屈向下。捫之則覺皮下有圓物之形。卽踱骨頭也。 內脫。其足外轉。外踝凸出。內踝凹入。有馬蹄畸足。及內翻畸足形。 外脫。其足外轉。外踝凹入。內踝凸出。有馬蹄足。及外翻足形。 此二患踵腱皆如弓形。其凹則向患側。 治法。有施手技術甚易復位者。然亦有不易者。因脛骨腱鈎其踱頸也。宜割斷踵腱。其更難者。則宜割去踱骨。倘環踱骨之諸肌受傷甚重。則須截斷之。

第二十三章　關節症 DISEASES OF JOINTS

總論　夫外科士療治關節症。切須留心。詳明其關節解剖學及關節生理。苟非洞知其關節之運動機例與夫病理。則其病難治也。茲限於篇幅。不能盡錄其關節學及關節之功用。但學者宜切記。凡骨端入關節處有肕蓋之。但少年人之骨端骨幹之間有骺相隔。此骺乃爲護衛其關節。以阻病患侵入幹中。然有時骺亦能爲危險之根原。因幹骺相連之肕。有畧貫注於關節中之故也。其在關節處把持其骨。令其不能相離者。乃在複雜而有次序之筋帶。其筋帶之堅靱。各有不同。年少者之關節筋帶平常入骺內。及排列關節處。有抵抗扯伸之勢力。附麗於筋帶裡者。有或鬆或緊之滑膜。其滑膜所生之液。稠滑而亮。此滑膜直至關節肕邊。使關節滑而不滯。　夫滑膜之不貼近筋帶者。(如膝關節是。)其間處有脂肭塞之。此脂肭有時能令關節症加重也。其筋帶內有數滑膜繸。或有能長至甚大者也。　夫關節發炎。各有不同。起此症者。乃因受傷。或受染。或體質性病 Constitution (如癩者)所致也。　此炎患若祇在滑膜處。名曰滑膜炎。Synovitis　若散而累及關節之他件。如筋帶肕骨端之類。謂之關節炎。Arthritis

關節內滲液 Effusion　凡關節之病。難免有滲液之弊。至其不同之處。乃視乎起病之故何如。然無論何故。其顯象則相同。　在肩關節有滲液者。其肩彎畧大。三角肌亦脹。此因其下有液。此液每見於肱骨直槽前廉。有時在後廉亦見之。捫其腋處有覺痛腫之瘤。　若三角肌下有多房滑囊發炎者。其病狀幾與此同。惟能以辨認。因滑囊炎病。腋處無腫瘤。三角肌之前後廉亦不腫。且患者自動其臂覺痛。倘外科士輕推其肱骨頭至髃盂處。則或無也。　在肘關節者。尺骨鷹嘴及三頭肌腱

兩邊顯凹腫。有時其腫散至橈骨頭。而肘關節前亦畧腫。至於尺骨鷹嘴之滑囊發炎者。甚易分辨。因此患之腫處乃蓋尺骨鷹嘴之中央。而尺骨鷹嘴腫者。則在尺骨末端之兩邊也。　在肘腕關節腫者。其關節之前後俱腫。最甚之處在尺橈二骨峯之下。夫腫在前後肌腱鞘下。能令其離位而畧高。按之有浪動勢。與腱鞘炎之腫不同。因關節內之腫祇在該關節處。不隨肌腱散於上下。但手指能動。亦不似腱鞘炎之有沸鳴。　在髀關節積液者。以手捫之。尚未爲準。其臀肌處畧腫。股三角處亦如是。最明顯者。乃肢之位置屈展而外轉。且其動度甚有限制。　在膝關節若腫。其腫形圓。髕兩邊之凹不見。並股骨前深囊亦腫。其內側較腫於外側。至髕之上三四寸。若以一手置髕上按穩。以他手指壓髕下筋帶之左右。則有浪動勢。或壓直肌腱之左右。亦有浪動之勢。若滲液多者。則其髕浮起。突以手壓之向後。則聞其髕有擊股骨髁間峽之聲。Patellar tap　而滲液畧少者。若令膝伸直。以手壓其股骨前深囊處。亦顯髕擊聲。至其髕之滑囊腫者。則其腫處之中央凸於髕前。而髕前被腫所蓋。致髕形不露。　在踝關節者。其踵腱與踝相間之中凹俱腫。脚背之腱離位向前。且內外踝之前亦腫。至其踵腱之滑囊腫者。此乃在關節之後。不得誤以爲踵腱腫也。

夫穢之由外入於關節也甚易。切記勿忘。　苟非十分留意用防穢法理其關節之傷處。恐穢染關節。不但致肢失功。且能殞命。故凡割症開節者。甚不可忽也。割處之皮。須久用防穢法。若以指探入傷處。切勿輕率爲之。又當毋使防穢水侵入關節之內。恐其被惹令滑膜多滲液也。若患處有穢。此

滲液愈足以使穉孳生。 關節既割之後。則用藏縫法縫之。縫時須有次第。先縫滑膜。繼縫筋帶及肌。或筋膜。然後切要相齊縫其刀口。不然恐後其肢功用有軟弱之弊。論及引流管或有不需者。如需之。則當置管於該處二十四小時之久。如流血多者。用此法則患者可以畧安。所割之關節。須令二星期勿動。或用木夾扶之。過此以後。宜令漸動。或用被動術。 Passive movement 繼則自動之。試其有抵力否。在膝關節者。則先按以上各法動之。而後始可任全身之重。其割口瘉後。凡環於關節處之肌。宜用揉捏法運動之。

急性滑膜炎 ACUTE SYNOVITIS

此患幾全在滑膜處。其關節之筋帶。及關節之他件。無甚累及也。

病原 其故有二。有在單處者。有在全身者。單處者乃因受冷。及傷害。全身者。係癩、痺、癯、白濁等症所致。大約除傷害所致以外。凡關節炎。必畧有染性由。但染之作用及結局皆有範圍。

病體 夫滑膜急性炎之殊性狀。乃滑膜盈血。並有血漿與白脒滲出。先入滑膜。致滑膜變厚而鬆軟。迨後則入關節之內。其內膚脒多生。生後遂脫。炎初起時。其滑膜滲出之液。含有血漿。由傷害而致者。液則帶血而色紅。取出卽凝。所以在關節處之血漿。久之亦能自凝也。其淋巴沉聚於關節之面。而關節內仍有血清。迨炎散後。其淋巴遂全被吸散。或成粘着䐗。若患處不速痊瘉。遂有滑膜

周圍炎。致筋帶盈血而腫。或畧弛緩也。

病狀、其關節痛腫。在關節之淺者。如膝處。以手捫之則覺熱。膝面或盈血而紅。其肢因被肌痙以何者爲安適。卽順其勢而位置之。大約畧屈蓋如此則關節開大也。若此狀日久不理。屈形則加甚。而關節變硬。動關節之肌亦速枯乾。至於液滲入關節內之結局前已論之。

急性級期既過。大約關節軟弱而弛緩。亦畧有滲液於關節內。或有粘着之弊。苟以合宜之法理之。其粘着則不甚重。按此粘着之來由。乃關節相對之滑膜。或骨節面之淋巴點。互相粘貼。而成鬆筋瘢網。且有最嫩之小血管在其內。並爲隣近滑膜內膚胅所遮蓋。其特別之狀。乃動勢限於一側。且覺疼痛。並畧有擦聲也。

治法　治急性滑膜炎。須使關節不動。令患者得以舒暢。但須注意關節之强直。(連硬)又必防其後日無大碍於肢之功用也。如治肩關節。宜纏其肩而令肱貼於腋。又宜兜其手。治肘關節者。所屈之角形。應多銳於正角度。內用木夾夾之。其手勿反勿覆。治手腕關節。用掌夾夾掌前。治髀關節用安馬氏夾。Thomas's splint 或利司通氏長夾。Liston's splint 使關節不動。或兩旁置沙囊夾緊其肢。又以法牽引之。治膝關節用膝後夾板夾之。畧屈膝亦可。治踝關節須用足外側之足板夾夾之。大凡急性關節炎甚者。宜臥於牀。將肢升高。當初級期。用凍法。卽易飛散之藥水。E-vaporating lotion 或氷囊。或凉水管。Leiter's tubes 然此法不宜施於年老者。迨末級期。則用熱敷袱。或

水蛭。可令稍安。 若關節處緊張過甚。則用吸引器。Aspirator 或以套針放其液。其放液之器。切須小心防穉方可。 至次急性期。其關節必軟而弛緩。須揉捏之。並用激藥類擦之。迨末級期。則用彈力帶裹之。有時甚有益於病者。 倘理之。其關節猶未愈。或未治理。其肢有乖異之謬。如此者。須施蒙葯而正其畸形。或用引伸器牽之。始能令其歸於正也。如關節有粘着。宜用哥羅方迷蒙之。撕斷粘着。以木夾夾其肢。令數日不動。始施引動術或揉捏法。至其形過偏者。宜隔數日逐漸治之。

慢性滑膜炎 CHRONIC SYNOVITIS

此患因先有急性滑膜炎。或受傷而致。有時畧受傷而起炎。然其炎有不至於此極。祗滑膜畧變厚而腫。惟滲出之液較少於急性滑膜炎。然有時亦有甚多也。 其患有三類。

(甲)**慢漿液性滑膜炎** Chronic serous synovitis 第二百四十圖 此患之特狀。乃所滲出之液最多。患此症之故雖多。大約由關節過於强伸而致。然亦有不解何故而發炎者。有時因其關節內有一能動之朒片。Loose cartilage 或因關節內起炎。此患之最重者。謂之關節痳腫。Hydrops 有時因病人沈臥於牀。而起時卽現此狀。其關節所積之液。約甚清而透光。其滑膜不甚變。疼痛大約不甚劇。惟覺其關節虛弱無用耳。關節被滲液所累者。其相通之滑囊亦漲。在關節滑膜患急性炎者則不漲。因滑囊之孔甚窄。滑膜腫則其孔閉。而滲液不能入也。

(乙)**慢性滑膜炎及滑膜變厚** Chronic synovitis with thickening of synovial membrane　患此者須慮其後起瘰症。有者為瘰所致。滲液甚少。捫之或覺有擦聲。此因其關節面有淋巴而濇。或因其關節間之筋膶粘着。

(丙)**慢莿性滑膜炎** Chronic papillary synovitis　患此疾。其滑膜縫 Fringes 及莿毛絨 Villi 過長。此莿大半起於貼近骨之滑膜處。亦可含有多脂。此名樹形脂瘤 Lipoma arborescens 在膝關節內者。若搓之。滑膜縫則捫出捲動。有起痛狀者。是因其縫尾被骨端所挾也。

治法　按其類雖有小異。然初起時。皆須按其關節之位合宜。而使其安息。及用外惹內效與壓法。且用銇雜膏及起皰藥。甚有益於病者。　迨次期時。則用畀耳氏盈血法。或用有彈力帶 Elastic webbing　包該關節。亦用摩擦法。並施激擦藥類。與熱氣浴法。Hot air baths　倘用以上諸法。其滲液不減少。宜以吸引器吸出之。後用壓法。或能畧癒。如液復滲。則須開其關節。用無稀鹽水洗淨。而置引流管數日。引液流

圖十四百二第

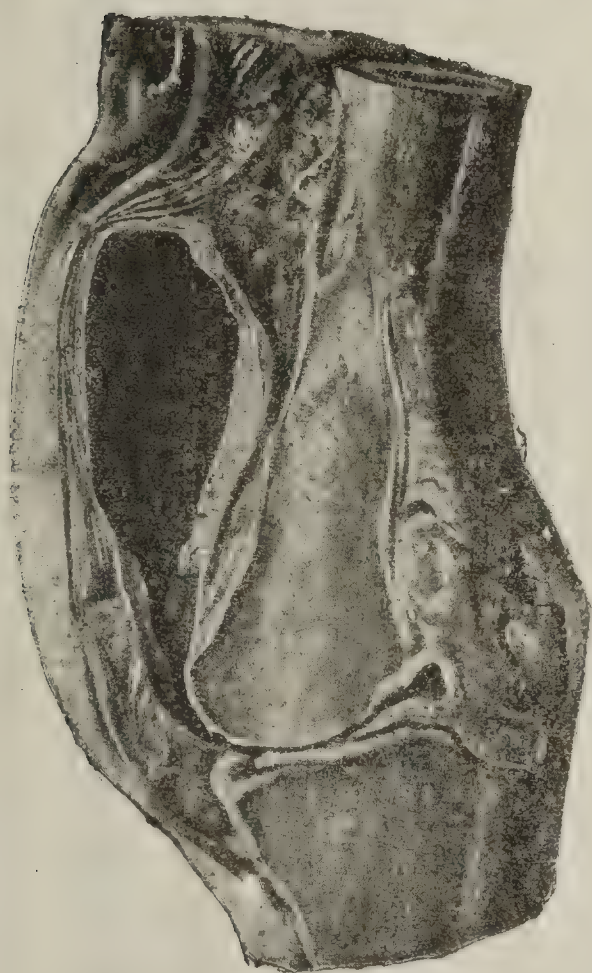


Fig. 240 CHRONIC SEROUS SYNOVITIS OF KNEE WITH DISTENSION OF THE SUBCRURAL POUCH

膝關節慢漿液性滑膜炎
液充滿股骨前肌下囊

出。倘係慢性筋膶炎者。宜服鋏氯鹽。或能令其稍癒。亦宜常施揉捏法及射熱浴 Radiant heat baths 或用氣電傳子療法亦可。若有大滑膜縫令其痛者。則將關節割開。若縫祇限於一二處。宜剪之。或割盡生縫之滑膜。苟縫之生處甚濶。而非將滑膜割盡不能奏效。然如此割之。其關節必硬。故先洗淨關節內而置引流管。或可期其縫黏定。若縫不能黏定。則不得不盡割去其滑膜矣。

關節瘀腫 Hydrarthrosis (Hydrops articuli) 凡慢性滑膜炎。無論何故而起。若在關節內有滲液令其漲者。皆可謂之關節瘀腫。(然宜記此瘀腫非為病乃病狀耳)所以治關節瘀腫之法。各有不同。此因起病之故有異。故當治其病原也。

貝克氏袋瘤 Baker's cysts 此袋瘤乃關節之滑膜由裹筋帶之隙而凸出。此多因關節有慢性患如瘰症是也。患此者。其關節內鼓脹大於常。有時一關節而有數瘤。瘤內有滑膜液。若無甚病狀則聽之。苟甚痛。或於肢有大碍則去之。若其瘤頸通於關節者。則宜先縛瘤頸而後割之矣。如此為之須細心防穢侵入。又須療治其致病之原。

急性關節炎 ACUTE ARTHRITIS

病原 凡患急性關節炎者。大約因關節穴被膿穢所染。此膿穢無論由身內或身外而入於關節穴也。(一)點穢之入關節穴。或由刺傷口或由瓣形之傷口。Valvular wound 或由割症而致。入關節之穢。大半係肺炎點穢。Pneumococcus 及生膿鍊點穢。然球點及他致病之穢亦能入之。(二)凡自染急性關節炎。其起似與急染性骨髓炎無異。如軟弱小兒患紅熱症。Scarlet fever 或瘷

疹症 Measles 癒後。忽受輕傷。如力扯之類 亦能起此患。多是肺炎點穉爲之累也。 (三)或因穉串瘴之染性漂塊入關節血管。令起炎患。亦有患熱症後起者。如患肺炎或癥症 Typhoid 等。其染物能達於關節內也。 (四)由白濁症所致。有生膿者。或有不生膿者。 (五)或其關節之隣骨端有炎。而延至關節內。又或因皮下瘴。或滑囊瘴破裂。侵至關節內使然。在急性髀關節炎者。大半因骨端炎所致。是由股骨上端先有急染性骨髓炎也。 (六)有由如馬特熱症而起者。起時其炎甚急。令其關節壞。但不生膿。如此皆必因穉所致。

症程 Course of the case 急性關節炎初顯時。乃急性滑膜炎最甚。並極痛。熱度高。患處之痛更劇。甚有毫不許人犯動其床之概。若動其肢。則痛苦難堪而呼號也。其關節被滲液之濁質鼓脹。而變膿甚速。且四圍之胭盈血而瘀腫。病者因圖安適。故將其肢半屈。 若炎往前浸淫。其關節內則生膿。後穿破。其膿或行至皮下。或散於肌間處。如在膝關節。則股之內外肌下能成大瘴。致令其肌離骨。其所離之處甚長。 當成瘴時。其痛愈增。至夜愈甚。如病者將睡寐。則偶然痛起令其驚醒。此係關節朊受累。因睡時肌則弛緩。致關節之炎面相擊。而肌復縮。使病者痛而醒也。 迨其畸形漸甚。而筋帶被液滲入而弛緩。致關節有異常之動。如在膝關節能動於左或右是也 由是骨端即枯。後致離位。關節或全脫臼。 或該關節之四圍有瘺。病者寒顫。時起時止。此因穉串瘴。或血中毒也。 全身病狀甚重。而熱度亦極高。其疼痛致睡臥不寧。又因吸其毒素。使力耗竭。

病之結局。 (甲)痊癒。然關節罕有能動者。若能動之。必因勤爲療治所致。但醫士勤爲療治時。只望其關節强直耳。癒後。其肢之形勢佳否。乃關乎治法。 (乙)病之初期可以殞命。乃因穉串瘻。或血中毒。致其力耗竭而亡。 (丙)初期若不喪命。則或成慢性膿炎。而顯潮熱及內臟蠟樣變之病狀。如此其瘺管必通於枯骨。苟不以防穉水洗淨。及取出癈骨。或截斷其肢。則莫救其命。蓋因力耗竭。與慢性中毒使然也。

病體 初起滑膜被液滲入且盈血。後則變爲肉芽胸而滲出多膿。其筋帶則腫而鬆。因筋絲間有滲液也。此液能令筋絲變而痳腫。於是肌縮。致牽長其筋帶而離位也。 其關節肦變壞。乃在乎炎性之急否。及受壓之多少。在急性炎者。其關節肦之藍白色。變爲黃色而不透光。該肦中心被骨端所壓。以致全沒。其四圍之廉亦生瘍。係被滑膜肉芽胸所蝕也。若關節肦穿破。則膿性炎即侵入其下。必致關節肦離骨而死。有時碎脫於關節內也。 關節間肦亦被其累而速消滅。 由是骨端不久則起急性骨炎。致骨髓管變爲肉芽胸。並令骨端之鬆骨胸消滅。該時或生膿或否。有時令鬆骨胸數小塊死。其在鬆骨胸內之靜脈成血塞團。致後或有穉串瘻之憂。 其骨端之外衣亦發炎而盈血。致生骨疣。Osteophytes 類似石鐘乳。或如尖鋒。第二百四十一圖 其隣肌亦速枯。變壞爲脂矣。

治法 初期宜將肢升高。使其不動。然必得相宜之方位。庶有益於患者。 有時須施牽伸法。以免其關節之面相擦。但牽力宜輕。不然則炎處之軟筋帶牽長也。 畀耳氏盈血法甚有益於阻炎。

第二百四十一圖



Fig. 241 ENDS OF THE BONE AFTER ACUTE ATHRITIS OF THE ELBOW SHOWING THE CARIOUS SURFACES DEVOID OF CARTILAGE AND THE DEVELOPMENT OF STALACTIFORM OSTEOPHYTES

急性肘關節炎後之形
關節面癧而無朋並有
骨疣形似石鐘乳或莉

且可減輕其痛。熱濕袱或冰囊。亦畧獲益焉。如顯生膿之狀。則宜割開一處或數處。以便其膿流出。復以無稽或淡防稽水。洗淨其關節。如在關節對側各割一口尤便更宜速用本人之膿備作稽漿射之。在生膿期內。勿用畀耳氏盈血帶。俟無膿時再用。仍須妥置其肢並調理全身。灌洗時宜洗至患處無炎無痛無熱無跳動等狀乃止。如仍不見效。則可復大開其割口。以鹽水調鹼上養。用長流法洗之。苟如此治理。有時其肢猶能活動。然多不免關節強直也。有時某關節須用剜取術。以便其膿易於流出。如肩關節是也。亦有用此術。以免關節強直。或不佳之形勢。或改關節強直不正之形者。若有慢性膿炎及骨端枯或骨離位者。有時亦用此術。但必俟急性炎狀已過方可。倘有血中毒。或發現極重之稽串瘴而慮其殞命。則須截斷其肢。至有潮熱及慢性膿炎。足以令其力耗竭者。亦須截斷之也。

特別關節之急性炎 Acute arthritis of special joints

肩關節。此關節受染者。有時由腋而入。因肩關節之包衣在此處甚弱。穉易侵入。在腋連腡炎後尤易侵入也。然平常受染者。多係刺傷所致。　此患苟動其上肢。則肩關節必至甚痛。若有瘴。必顯其狀於皮下。或在肩之三角肌前或後或腋下。如此則將肩關節前割開洗之足矣。如能在肩關節後另割一口洗之尤佳。割時由前口用鑷向後穿過節衣。以刀割至與鑷相遇可矣。有時其患不瘉。則須剜去肱骨頭。苟如此治之。其後該關節之運動與力。皆能滿意也。

肘關節　此關節炎。無特別可論之狀。只須知此炎能累及橈二尺關節。有碍於手之反覆也。開此關節時。宜割其尺骨鷹嘴之兩側。惟須謹愼。勿令尺骨腦經受害。後置肢於角形夾上。勿令手反覆。宜常臥於床。肢下以軟物墊之。　如係大人。欲免其關節强直。俟急期過後。則用剜取術。若係小兒。因其骨尚未長成。可任其强直。俟長成後。再施剜取術可也。

肘腕關節　此關節受染者。或因割去肘腕之腱鞘袋瘤而鄰處生膿。穉則由此侵入關節。或因傷害而穉直入關節也。　割治時。宜循其腱路。但勿害其腱鞘。肘腕關節急性炎。大約多致關節强直。如其患未成慢性炎及骨未甚枯者。勿施剜取術也。

髀關節。急性關節炎。多隨急性骨髓炎而起。此骨髓炎。大約起於股骨上端。而累及關節。乃因

髖臼居於關節裹筋帶內也。亦有由穉串瘰而致者。其由傷害被染者鮮矣。此患初期之病狀。與瘰症之第一期相似。且較瘰症更急。如熱度高。痛甚。肢屈而外展。與速生膿等病狀。若不理之。其關節必致速壞。即不喪命。其骨之頭。則全消滅或脫離。或成死骨片存於關節穴內。及至關節裹筋帶裂開時。必有膿存於皮下。須割開最便之處以放之。初生膿者。在髀關節前割口爲妙。膿生日久。則宜在髀關節後割口。因此時骨之頭離位或脫臼也。有時剖二口治之。或於患者有益。

膝關節　此關節受累較多於他關節。多由外染而致。患此者。所顯之病狀一見即知。即關節劇痛甚熱。且甚腫脹。其肢半屈而外展。若不理之。其關節裹膜必裂。其膿必由股內外二肌下速升。或降至小腿。而漸侵溢於皮表。由是其畸形漸甚。最甚者。乃脛骨離位而脫於股骨髁後。甚至小腿屈成九十度角形。且轉向外。若轉外日久。有時其肢亦有向外側之畸形。如早以合法治之。則能免此弊。須於髕之兩側割一大口。割至股骨前深囊。以水洗淨其關節穴。有由對側復開一口者。割時先以瘺鑷穿過膝後筋帶。至股雙頭肌腱之內側。再用刀剖而露出鑷鋒。惟須謹慎。勿害及膕外腦經。如此。乃爲關節內之廢物得以流出也。

踝關節　凡患踝關節炎者。醫士多將其足截去。因該處廢物。甚難用法使盡流出也。然除去其蹠骨。或可免其患之綿延矣。

特種滑膜炎及關節炎 Special forms of synovitis and arthritis

如馬特性滑膜炎 Rheumatic synovitis 凡患急性如馬特症者。常累及滑膜發炎。亦有初起即爲慢性者。其由如馬特症所致者。約先自一關節而起。後則延及各關節。平常復原較速。惟關節筋帶變厚。而活動不靈耳。其限於一關節者。雖關節或不至生膿。亦必全壞。近今查之。乃知其由於雙點稚也。若係慢性症。其關節則甚腫。此因有滲液。或滑膜及裏筋帶與他筋帶畧變厚所致。苟不理之。或致關節强直。盖因其筋帶改變。及關節面有粘着也。然不致骨生骨疣。如骨共關節炎 Osteoarthritis 者。尚有他據證其爲如馬特症。如肌跳 Chorea 及癜 Erythema 等狀。且有顯筋疣 Fibrous nodules 生於皮下者。其大如核桃。或畧小如豆。

治法 急性如馬特滑膜炎。多屬內科治之。亦當調理全身。非可專治於一處。須注意關節。令得適宜之位置。以暖棉裹之。或用鈉碳强礬液之熱袱敷之。若此法無效。則可割開關節洗之。即見關節內有綠色似膿之液。若係慢性者。服如馬特藥不見大效。更須留心飲食。忌鮮肉。蜜糖。蜜餞。與肥膩等物。宜食易消化之物。亦可飲鹼性泉水。又須覓有湧泉之地而居之。以至痊癒。 該關節宜揉捏之。敷以激藥。並用外惹內效法。若其患甚者。則宜屢用外惹內效之法。即起皰藥。或須烙鐵。始能見效。其形勢不正。宜用迷蒙葯正之。或牽伸之。有時用熱氣浴法浴其患處及全身。或有助於患者。

又可用氯電傳子療法。Iodine ionic medication

痛性關節炎 Gouty arthritis　此患之狀明而易見。每多顯於蹠趾關節。或掌拇關節。忽然而起。亦多發於夜間。圍關節處之連膶腫。其色紅而亮。淺靜脈亦浮露。痛甚。捫其皮。則覺痛尤甚。越數日病狀消散。惟關節猶有微腫而畧疼耳。凡患此症者。必有鈉雙尿礬 Sodii Biuras 沉於關節中。其形如銳晶顆粒顯於關節朒之面。若此患屢發。則其關節朒被鈉礬全侵。漸至關節筋帶與骨端亦受其累。患於小關節。則受鈉礬之侵而腫大。有時皮破。而有似白粉液流出。間或關節朒被蝕。致其露明之骨端變似象牙。而類似骨共關節炎。Osteo-arthritis

治法　治急痛性關節炎。宜用熱濕布敷之。或以甘油顛茄 Glycerin. Belladonnæ 敷之亦可。再服哥枝禁。Colchicum 鋰檸礬 Lithii Citras 及鹼性輕瀉藥。若治慢性者。則服氯藥。並小心調理飲食。最宜居有湧泉之地。否則於每餐前半小時。飲熱水一大杯亦可。

穠卑癉性滑膜炎 Pyemic synovitis　此患係由染性漂團塞血管而起。此團蓋由膿處而來。關節於是速生膿腫脹。但有時不甚疼痛。若立即剖開將膿洗淨。可免大害。不然則關節即速變壞矣。

癥性關節炎 Typhoid disease of joints　（一）此患關節滲出之液無多。其炎亦不甚劇。但以法治之。無甚大效。其後關節必至不甚靈動。此患非因關節有稽。乃因稽毒素所致也。（二）由癥桿稽而起者。關節必多有滲液。且甚發炎。無論一關節。或數關節皆然。且易致關節離位之患。但生膿者

甚少。若將其肢安置合宜之形勢。則可望其結局之佳。若患處滲液多。可以吸具吸出。 (三)由膿稚雜癥桿稚而起者。其關節必至生膿。惟癥桿稚之害畧輕耳。 (四)亦有獨被膿稚所染者。 在第三四類所發之病狀。甚似急膿性滑膜炎。故治此患。亦以治急膿性滑膜炎之法可矣。

肺炎點稚性關節炎 Pneumococcal arthritis 患急性肺炎者。間有將此肺炎點稚運至全身。如遇關節畧有弊病。則即侵入。令該處生膿。其膿甚稠。若此患較輕。祗滑膜發炎耳。患此者男多於女。上肢多於下肢。間或不止累及一關節。除髀關節外。諸大關節受累。較多於小關節。但無特別之狀。因全身受累甚劇。多令人喪命也。關節既生膿者。宜剖開洗之。更插引流管。以便其膿流出。 有時其稚非由他處而來。其炎乃由本關節而起。所顯之病狀及滲液。與次急性滑膜炎無異。如以法治之無效。則須剖其關節。但日後不能靈動如初矣。

白濁性關節炎又名**痳病性關節炎** Gonorrheal disease of joints 此患乃白濁點稚所致。盖因他處之白濁患。其稚入血。隨血至於關節內也。有時關節內雜有膿點稚。則非佳兆。間有關節發炎。查其內之膿或血清。而不見有活稚者。盖因白濁稚已死矣。若關節有急性瘴。大約少因白濁所致。乃因平常膿稚而起也。男者之白濁關節炎。多半由尿管白濁炎累及。亦有初生小兒之眸炎。累及關節炎者。或有患白濁慢性症。醫士以大尿管探探之。亦能令關節發炎。 凡白濁症延長三星期。則其液之毒力稍減。惟白濁關節炎。每起於三星期之際。亦有畧久始起者。 此患累及一關節。或

數關節。如膝、踝、肘、腕等關節多見之。或身體之一側患之。或兩側均患之無定。其狀分數類。有時並發。(一)滑膜甚受累並滲液於關節內。甚似外傷之滑膜炎。惟其痛較甚而患更久也。有時滑膜之滲液。侵入關節之內。因無他特別之狀。每不識爲白濁所致。　(二)最多見者。乃關節內之滲液畧少。而圍胴之滲液畧多。且紅腫。其筋帶被液滲入而軟。致令關節易於離位。環於關節之肌速枯。病者甚覺痛。發熱。身體漸瘦而弱。劇者關節內之滲液漸多。有如血清及膿。其色黃綠。畧有血絲片浮於其中。有時成膿。此數類皆爲慢性症。治之不甚容易。故關節強直而壞或不壞爲常見之後患。

治法　以法治之。未必有效。須速設法止其尿管之液。使所累及之關節安息不動。更以壓法壓患處。並施外惹內效法。應畧有益。但用畀耳氏盈血法更佳。若至疚期。可用氣電傳子療法。或用熱汽浴之。愈爲有益矣。更可服鈒氯鹽及銤與賁林。倘關節所顯之病狀甚重。則宜剖開洗之。如早洗之。或可免關節強直。曾見以敵鍊點稜血清 Anti-streptococcal serum 及敵白喉血清 Antidiphtheric serum 從肛射入有裨於患者。因此血清能助全身阻其毒也。凡各類白濁症。若用白濁伐克辛 Gonococcal vaccine 射於關節內。可獲其效。

瘰性關節症　TUBERCULOUS DISEASE OF JOINTS

瘰性關節炎 Tuberculous arthritis　此患或起於滑膜。或起於隣關節之骨端。(在隣關節之骨端者謂之瘰性骺炎) 其故

或因骨外衣有瘰炎延至滑膜。或由滑囊而起也。在小兒患此者。多起於骺處。如係大人或起於滑膜。或起於骨無定。夫起於滑膜及骨者。乃關乎患在何關節也。

病原　此患有因遺傳性而易得瘰患者。亦有因身體不健。及衛生有缺所致。或有瘰桿稈在氣管淋巴腺及腸懸膜淋巴腺隱匿。或在肺興害。如適遇關節受有輕傷。而所在之瘰桿稈。即乘機至關節。令起此患。　至受重傷者。(如關節脫臼) 反不易患此。蓋因常以良法調理。故瘰桿稈在關節不能孳生。亦因受重傷時。而胭營養之功用加增。以祛其稈害也。

病體　患此者。其滑膜畧變厚及腫。初起有膠粒如蘿蔔子散於膜下。迨後勻合似豆腐質。頃又破入關節。則破處成瘍。　其大小不一。然小者尤為常見。後滑膜變成所稱生膿膜。 Pyogenic membrane 即肉芽胭。似慢性瘰穴內之一層。粘於關節之鄰胭。漸則隣胭變為筋胭。而其淺層則變為脂。或成死胭。　其滑膜縫腫而鋪張。漸侵至關節胍邊。與胍相粘。與爬墻藤貼壁無異。如揭開此縫必見縫下之關節胍潰蝕。　關節胍無論何處如已盡壞。瘰桿稈即乘虛而侵入骨端之鬆胭。而肉芽胭即漸侵入胍下。以阻胍得養。故該處之關節胍。即成片而脫落。(第二百四十二圖) 因骨端之血過多。即有新骨疣生於骨衣之下。若係膿炎。此狀更甚。但不似膿點稈關節炎之甚。有時骨衣受瘰症之害。遠侵骨幹。致骨幹亦受其累。其關節內之液大約無多。惟滑膜腫而塞滿關節穴耳。間亦有初起時。關節內之液甚多者。此名為瘰性關節㽷腫。 Tuberculous hydrops 液內含有血絲。因關節常動。其血絲即變

圖二十四百二第



Fig. 242 TUBERCULAR DISEASE OF THE HEAD AND NECK OF THE FEMUR
The disease evidently started on the under side of the neck which has been eroded and spread into the epiphysis, the articular cartilage is loose and necrotic fragments of it have been stripped off the bone.

頸與頭骨股之瘰症患

病起於股骨頸之下面致頸與骺被蝕其肕亦死而與骨脫離

成瓜子形。液內所含之胅。惟淋巴胅最多。至於圍滑膜之膶亦每累及。若在膝關節。因其脂膶鬆而且多。受累更易。所侵入該處之液。即變成似膠質。且其肌及腱亦變其本性。昔日則稱此爲關節白腫。White swelling 此患若在大人之骨。先起於近肕之膶。若在小兒。則多起於骨端之肕。凡關節受累。大約皆由此處侵入。但滑膜若貼近骨幹者。因其離關節畧遠。如髀關節滑膜 病患即由此而入關節。肕則不至受累。其初起時。僅有滑膜滲液入於關節內。若其骨病漸瘉。此液亦即消散。僅畧存粘着膶而已。但最多見者。乃關節受累顯有瘰狀。有時因骨或隣處有瘰性瘅。穿入關節內。即顯急性病狀。迨急性病狀漸息。而慢性病狀漸起矣。但由漸被染者最多。乃因炎患由肕蔓延全關節。致關節漸顯慢性之病狀也。無論病至何期。或可自然而瘉。其瘰性膶漸行消散。即生瘢筋膶代之。故其結局每有粘着之弊。然

粘着之輕重不一。有成爲筋膕者。有成爲骨者。故其關節常有强直之弊。若無漸癒之勢。大約必至成瘻。若割開之。其膿點穉每易乘機而入。於是筋帶即軟而鬆。日久雖能痊癒。然其肢之功用必缺。或舒長不全。或甚有畸形也。

第二百四十三圖



Fig. 243 BONES ENTERING INTO FORMATION OF KNEE-JOINT WHICH HAS BEEN DISORGANIZED BY TUBERCULOUS DISEASE. THE CARTILAGE HAS BEEN ALMOST ENTIRELY DESTROYED AND THE EXPOSED BONE IS CARIOUS AND ERODED

膝關節骨被瘰所壞
肕盡壞骨面瘰而蝕

症程

此患多由隱匿而起。有時因受輕傷所致。亦有不知何因而得者。初顯病狀時。其肢之動畧有不便。若擊其肢。則覺稍疼。如病在下肢。必致畧跛。患此者。其肢左右前後之動。皆有妨礙。由此則與純慢性滑膜炎之粘着者。可以辨明矣。　若此患僅累及滑膜。雖有滲液。及關節四圍腫。然無甚痛。亦無甚阻其動。但後累及骨。則甚阻其動矣。　患者圖其肢之何者爲舒暢。而安置其位。但各

關節皆有不同。若視其關節(如膝關節)色白、滑、圓而腫。即名爲白腫。亦因上下肌枯瘦、其腫勢更顯。捫之其溫度較無患之關節畧高。按之亦無動浪。此因關節滲液不多也。 間有滑膜受累寬廣。滲出之血清甚多者。則謂之瘰性關節疥腫。後即漸顯瘰性關節炎病狀矣。 若關節內有筋質所成之瓜子形體。則關節動時。必畧有擦聲也。 夫患瘰性關節炎者。其腫痛時重時輕。若安息數日。則即消退。然其肢之跛形。漸次加甚。關節朒既已被蝕。必於夜間忽有跳痛。及身發熱欠爽等狀。該關節遲早必成瘴。致關節及全身更加不安。倘其瘴自破。或剖開。患者畧安。然又有新瘴接續而起。若又染膿穉。則有潮熱之憂。其內臟有蠟樣變。由是其肢之畸形更甚。後病者常寢睡不安。流膿甚多。疼痛不止。致令力耗竭而體瘦。若不以合宜之法治之。則大有礙於生命矣。

結局 (甲)初起時若以合宜之法治之。可以痊瘉。而其關節亦能動。 (乙)常見關節之組織已壞。雖瘉亦不免有強直之弊。如無善法療治。其肢必有畸形。此類結局不爲甚佳。因其筋腡內含有瘰性域點。終必仍致該處疼痛。或病復發也。 (丙)若染膿穉。則有潮熱或蠟樣變之憂。此因慢性中毒所致。亦或殞命。亦有備嘗疾苦而生命尚存者。然其痛管處。既時流時乾。雖不致死。亦久病衰弱關節失功。 (丁)有成爲急性黍形瘰症 Miliary tuberculosis 者。亦有累及肺、腦、腎、或別器官者。

診斷 此患雖有顯象可見。然診斷非易。 最須留意者。將有患與無患之關節。其形、色、熱、動、兩相比較。稽其病期。及滲液多少。並用驗脒診法。 Cytological examination 有淋巴脒之數過度否。復察

其一關節。或數關節。其動之多少如何。亦可視其俄拍所寗之指數 Opsonic index 如何。或以癆稜素 Tuberculin 射入。觀其應效若何。此可助辨症之一據也。又可用X光線辨其關節骨之鬆膶有疕否。如誤辨症。即與無知之徒等耳。蓋彼非獨令肢有畸形。脫失。且能害命。

判症結局：視乎病者之情形。及其居處如何。在富者之兒女。飲食衣服。及所服之藥。皆合衛生。多能痊癒。若係最貧。頗難療治。小兒未至兩歲及年過五十者。亦難癒也。

治法 關節瘰症之治法。各有不同。當視其患之久暫輕重。

(一)衛生治法。Hygienic treatment 在一關節初起此症。以合宜之法療之。並調理週身。可期其癒。宜用夾板或石膏使肢安逸不動。若覺疼痛。則高擱之。且不獨使其不動。尤不可壓之。若患在下肢。使試行走。勿令其足踏地。其法。將好肢著以木屐。則患肢庶不致有踐地用力之虞。再以牽伸法牽其肢之乖謬。須順其勢而牽之。使關節恰合形勢。勿使關節之面相擦。又可阻肌硬縮而成畸形。或用割斷腱術。以免畸形之定。凡有螺絲機器。代其肢直者勿用。因其能令關節內加增壓力也。 亦不可用迷藥使之驟直。因其能令瘰患傳散全身也。可用外惹內效法。令其起炮。或用氣酒搽之。或於用此二法時。參以銢雜膏裹敷之爲善。若令病者休養於海濱。則甚有强身之力。又多食補身之物。如魚肝油。及鐵氣鹽糖水。此病見癒甚緩。故須與病者之親屬言明。

(二)另有數法。以助衛生療法。

(甲)注射藥法。乃以埃多方及甘油。射於關節穴或滑膜膶內。可

助其痊癒。即用埃多方十分。汽水二十分。加甘油至一百分。將此藥滅穢。以適宜之量射於關節內。或關節四圍之腡。分射數處。但不可多射。射後腡即畧發炎。須俟其炎盡消。更越二星期。仍如是射之。凡關節有滲液者。施此法有益。　(乙)畁耳氏 Bier's method 法。令病腡盈血。即每日用彈力帶纏其關節之上下。惟在關節處畧鬆。多半病者能忍受二三小時久。若關節既成瘺。用此法不甚合宜。

(三)有瘻宜早治。或可免用引流法。如知其患處已有瘻。勿待其膿累皮及皮下腡。即以套針吸出而洗淨。更以埃多方勻劑射之。吸膿時。最宜先以刀割一小口。然後插入套針。如此。則其口齊。則其縫合。即痊癒矣。　如皮紅而薄者。則須割開用引流法。或須並割去其皮也。

(四)若不能用衛生法。雖用法治之。而患猶劇者。則須施以割術矣。　割法有三。或用關節剜術或用割取術。或用截斷術。然須知關節各有不同。所用之割法亦各有不同也。

關節剜術 Arthrectomy (Erasion)　此法乃開其節穴。取出所有之病腡。又割盡其滑膜。凡骨之有定處病者。須剜出之。所剜之孔。用卡波利酸滅其穢。後以埃多方紗塞之。癒後。大約關節必至強直。　夫割治各關節。不能泥執其法。如割髀關節。平常乃在髀關節之前。苟其關節非甚弛緩。或其髀盂非大於常。不能割至關節之後及上處。惟在膝關節踝關節及肘關節等處。最宜施此剜術。　蓋此法之益處。不致令其肢較短。舒長被阻。亦不至多割其骨。致有染穢之危險也。

割取術 Excision　此法較上法尤能斷其患根。然不免有缺。因不第割其病腡。即好腡亦難免被

割。且割治小兒。又侵佔其骺惟然。可不用此法者。則勿用之。若患瘰症者。必須用此法。其緊要之情形有四。（甲）全關節壞。或骨大被累者。（乙）在肘關節。及顳頷關節。以免其強直。（丙）欲速療治。及斷其病根。如膝關節。料其日後必至強直。預防其強直之陋者。則施此法。蓋用此術。常勝於自癒。因此術能除盡病䐈。而自癒者恐日後再發也。（丁）凡有畸形。無論關節強直與否。亦宜用此術。

截斷術 Amputation 凡見患者。漸形衰弱。及患處漸甚。須截斷之。若係老年人。其骨及連䐈被此患延累過甚者。亦須截斷也。或已施割取術。其肢仍無用。乃動如連棍。或割取未盡。後仍再發。及染膿毯者。均須截斷。如二關節同時患此。或一關節有此患而累及內臟者。倘截斷其一處。屢有益於他患處。而亦使之速瘉也。

人欲擇用何法。誠非易易。然論及關節患。須施何割術。有數緊要問題。（一）視乎患者年紀若干。上言在小兒用割取術。雖不阻其骨長。而日後所長者。亦難免不正之形。在膝關節之服。若能割取最薄之片。則無碍兩骺生長。但仍難免日後舒長不全。或強直之弊。至割取大人之肩及膝關節。雖年略老亦可。若肘及肘腕踝等關節。恐無大益。可以割取其肘及肘腕與踝三關節者。以四十至四十五歲爲限。苟逾此限。惟割取其肩及膝。庶可期結局之佳耳。（二）視患者康健否。若用剜術或割取術。須患者康健始可。如軟弱。及有潮熱與內臟有蠟樣變者。則又當截其肢爲妙。（三）視其骨被累之多少。其骨被累少者。用刮術可矣。被累多者。則須割取。若其骨被累過甚。割取後肢若連棍。鬆而

無用。不若截之爲愈也。　(四)若圍於關節之軟䐈被累過甚者。施剜術無益。施割取術亦恐無益。除截斷外無望矣。(五)若有瘺。或急性膿症。則先割開其瘺。俟其炎畧減。始可定其用何割法也。

特別關節瘰症　Tuberculous disease of special joints

肩關節　此關節瘰症。小兒甚罕見之。然大人亦非常有。其患多由肱骨頭而起。後則累及滑膜或髃盂。每不生膿。而關節則致強直。有時滲液成爲瓜子形。若成瘻。多穿三角肌之前後。穿三角肌前者。其瘻必至肱直槽之滑膜。後或致肱骨上端脫向前。與肱骨頭脫於髃喙下者甚似。或致關節強直而肢較短也。此患之進行雖緩。然不停止。且甚覺疼痛。　治法。以墊置於腋處。令臂貼於身旁。以免肱頭移而向內。若關節之滲液加多。須以套針由髃喙外。或肩峯下。刺入關節而吸出之。且宜將關節洗淨。若骨之受累廣濶。(可以X光查之)或病不見瘉。須割取肱頭。其結局乃佳。

肘關節　(第二百四十四圖)此患每在及冠之年。約先起於滑膜。尺橈上關節易受其累。其滑膜隆腫。乃在雙頭肌腱。及尺骨鷹嘴之兩側。在橈骨頭之上可以捫出。形似『白腫』。在尺骨鷹嘴之兩側。可以成瘻。所含之膿。或由尺骨腦經上串至肱骨內側穿破。　治法。初起時。宜令關節長期勿動。且用畀耳氏盈血法及衛生諸法療治之。使關節不動法。乃用膠氈或木質角形夾板。其長由腋至腕。其角宜較正角畧小。置手之方位。宜將掌適貼於胸前。如此療治。若不見效。在小兒須割開關節。將病䐈刮

第二百四十四圖



Fig. 244 TUBERCULOUS DISEASE OF THE LEFT ELBOW JOINT

左肘關節瘰症

去。以黃氯漿射之。若關節強直。宜俟成人時。再行割治。不然恐該臂難免舒長不全也。若係大人。宜施割取術最佳者。在尺骨鷹嘴後。割一橫工字形之口。復由鷹嘴底鋸斷而上翻之。如此則關節內顯露。再將壞膶刮盡。覆回鷹嘴。以銀線縫於尺骨之幹。

腕關節　此處有瘰症。每累滑膜及骨。先起於滑膜者較多。若起於骨。先受累者乃橈骨下端。或近其關節之腱鞘有瘰患。亦能延及關節內。蓋腕關節患瘰者。則手背腫。令伸掌肌腱離位。其手掌浮腫。腕關節畧曲。其指之活動不靈。以有粘着膶也。若有漏管。約穿出手背面。或於屈掌外肌腱邊穿出。凡患此者。不以割法若能痊瘉則佳。若施盡療治各法果不見效。始可割取。即割取之。其手雖瘉而軟幾如連棍。故須用皮帶扶托之也。　倘年邁之人。即宜截斷之。

髀關節及骶關節　患瘰者。詳諸下文。

膝關節　此關節患瘰較他關節尤多。起於滑膜或骨不定。在骨者。多起於股骨或脛骨之內側。

凡骨患此者。大半有死骨塊之憂。如病者年齒過大。其死骨塊之患則多。倘其關節變壞。能令脛骨離位向後。且屈而外轉。又從此形而關節強直者。雖施割術。亦難令其形勢畧佳矣。

第二百四十五圖



Fig. 245 THOMAS'S KNEE-SPLINT APPLIED

妥馬氏膝夾板

治法　此患在急性期內。若關節痛及有畸形者。須令安於牀而用牽伸術。如日久而成慢性症者。須用石膏夾或用妥馬氏夾板持之。使關節不動。（第二百四十五圖）其無患之肢。須著木屐。令患肢之足不踐地。免膝關節受身之重壓。若此。則可聽其行走。惟所居之地。須常合衛生者乃可。　若令靜脈盈血。或射埃多方之法可也。如有瘰。以療瘰之常法治之。　倘施上諸法。其患仍無效而增重。在小兒未舒長完全者。可施割法。其法在膝關節之前由內至外兩髁。作一橫割口。亦割斷髕下筋帶或髕。（後縫以銀線）盡割去其滑膜。更謹慎割盡股直肌深面之滑膜袋及關節後之滑膜。在脛及股骨之接面。鋸最薄之片。若不傷骺朒。則無碍於長長。惟生長或不正。（如屈畸形或腿後彎）至於大人。若骨非累及過甚者。最宜用割取術盡去其病骨。將割處兩端之好骨接合。但割時須去盡滑膜。　凡患由自瘉者。必關節強直。若有自瘉之情形。如髕粘定於股骨及夜間有跳痛之狀者。則必割取之爲善。因割取能令其速瘉。此乃斷根療

法。又勝於聽其自癒也。倘未去盡其病骨及滑膜。後能復發。然不能去盡。則截之爲妙。但須從膝關節後留好臏一長片。覆斷處之骨否則須施以髁上截術也。

踝關節 凡踝關節患瘰者。多起於滑膜。而少起於骨。該關節腫。初腫時。推其伸趾長肌凸於踝前。致其踵腱兩邊亦腫。由是蹠之位置畧屈。如此則令其蹠骨上廉入於脛腓穴。平常其足之屈伸艱難。或全不能屈伸。苟細心令足擺向左右。亦可無痛。蓋足之能擺左擺右。乃由跗關節及距下關節之力也。若病先累及骨。則於脛腓下端。及蹠骨之上頭。有數疼點。以X光線可以查明骨臏受累否。不論滑膜或骨臏受累。約均可成瘻而累及腱鞘。以致蔓延甚廣。 治法。 病初起可用石膏帶或妥馬氏夾板使關節安而不動。倘用割術。亦無大益。然剜關節術尚可用。惟須取盡其蹠骨及滑膜方妥。如其蹠骨業已受累。亦極難除盡患根。因其患甚易累及蹠骨下關節。由是累及足之全骨。倘此患累及其脛骨及腓骨。則在踝上截斷其足可也。

癯性關節症 SYPHILITIC DISEASES OF JOINTS

凡關節患癯者。其受累較少於患癯之人。試列數類如下。 (一)在癯症次期之末。起慢性滑膜炎有液滲於關節內。或痛或不痛。大半此患甚久。 無論何關節皆能受累。最多者惟膝關節。但某關節有此患。其相對之關節。或亦患之。其滲液不多。或有甚多者。名曰關節水腫。Hydrarthrosis 其腫

逐日大小不定。 此患有雖施療法亦無功效。而關節漸壞者。 (二)在癯症第三期。有圍於滑膜之筋腡。成爲癯瘤性炎 Gummatous inflammation 散至鄰骨者。亦有在關節成一硬塊有如筋瘤者。以致關節較軟而疼。然無他妨碍。更有炎勢蔓延。致關節滲液。並累及裏筋帶及他筋帶變厚。如此則成癈有礙於動。 有等癯瘤潰而成瘍者。 (三)滑膜被癯瘤質所侵者。此惟小兒多有之。 此患甚似瘰性滑膜炎。有時無從辨別。惟癯患發起甚速。無痛。滲液較多。且累及相對之關節。亦有未顯遺癯之他狀而起此患者。 (四)癯性關節胕炎 Chondro-arthritis 與骨共關節炎 Osteo-arthritis 相似。初起時胕中央變成纖形。其胕脒增多。於是胕愈軟。關節之面相擦。以致被蝕。因此骨面光露。成爲異形之凹。有若挖然。此患與骨關節共炎有別者。盖此患之痛或畧有或無。其骨變似象牙者少。故鮮有擦聲。且關節廉無骨疣凸出。而被蝕之處亦不恰對於被壓之關節面。其形圓而有孔。不若骨及關節共炎之長槽。其滑膜有時加雜癯瘤。令其變厚。且有似豆腐之質貯滿凹中。此乃敗變之腡所成也。

治法 此患初顯。用銾類葯。及薩伐散。且觀其患何如。及患在何關節。謹愼壓之。或使關節不動。癯症第三期。宜服鉚氣鹽。日漸增其份劑。苟患速瘉。可以斷定係癯性關節炎矣。有時鉚氣鹽與銾類並服。若有成瘍之處。即以此銾藥搽之。惟痛甚而關節已壞者。則割取之爲佳。

骨共關節炎又名畸形性關節炎舊名癵症 OSTEO-ARTHRITIS ARTHRITIS DEFORMANS

英國患此症者頗多。雖有病狀可見。然病理亦有未明之處。惟其名不一。而症寔同也。

病原　此患有數類。（一）今知有由染穢而致者。蓋穢從他處漸侵入於關節內。凡患此者。每百人中有五十五人繼瘁症而起。如印夫恩薩 Influenza 等。然穢孳生於關節內。能生毒素直壞其關節。該病者週身能唻此穢毒。致司養及腦顯有病狀。又能令脾畧大。鄰近關節之淋巴腺亦大。（二）亦有由中本身毒 Auto-intoxication 而致者。如上文所論人之口有毒。身能唻之。致起慢性骨及關節炎是也。但亦有因子宮或卵腺有病。或胃經消化不良而致者。（三）起此症最要之故。因受濕受冷太過也。在老年人尤多。亦有因煩惱。或勞苦。或失志。或食物不足。或居處不合衛生而致者。因以上數者。均能令腸生毒。而累及關節也。（四）亦有因受傷害而起者。謂之慢性關節炎。其狀與骨共關節炎同。所受之傷或甚輕。如筋帶扭者。或畧重致骨折而累及關節面。如橈骨下段折。或脫臼。或股骨頸折。均能起此患。亦有關節被壓甚久。與受傷無異者。如工匠人等。其關節成爲畸形者。乃按其素習何工。及何關節多受壓也。（五）亦有年老變壞 Senile degeneration 累及關節者。其狀與骨共關節炎同。

病體　此症起於滑膜或關節骪。但起於滑膜者較多。急性與次急性者。更多起於此。初起時。滑

圖六十四百二第



Fig. 246 LATE STAGE OF OSTEO-ARTHRITIS OF KNEE SHOWING DESTRUCTION OF THE ARTICULAR CARTILAGE AND EBURNATION OF THE EXPOSED BONE IN LONGITUDINAL GROOVES. THE MARGINS OF THE CARTILAGES ARE DISTINCTLY LIPPED

明表期末之炎節關共骨節關膝
變骨並槽直爲成面接壞變已腏
質牙象似而滑硬

膜盈血而厚。其莿增多。致滑膜之面有似絨形。有時其莿長大。由皮面可以捫出。活者其色紅。盈血而潤。若割出置於酒內。則縮小而細。間有莿內生有脂類者。此名爲樹形脂瘤。Lipoma arborescens 同時又有癩症發現。有時亦生腏疣。後則此疣成骨。若此骨脫落。在關節內則成一活動之物矣。如此顯狀。其滑膜必多有改變。即生液甚多。然亦有不生液者。此名爲乾性滑膜炎。Arthritis sicca

其腏之變狀。無論此患原由該處而起。或受累及。其原質必改變成絲。致腏面澁而不滑。有如毛絨。腏胅則成爲長形。排列於絲間。胅數在包內增加。致包漲大而破。入於關節內。因此腏更變軟。以關節常動。遂將腏磨滅。致骨露出。腏既已磨滅。腏邊即復生新。凸出有如蠟淚。久之所凸出者漸變成骨。環於關節邊。若生長甚大。可以彼此互交。關節或因之强直。其所露出之骨。因常被壓磨。遂變硬

而滑。有如象牙質。所成之槽。病在合頁關節。則成直形。病在杵臼關節。則成圓形。其變硬滑之骨甚薄。所隣近之鬆骨。亦較常稀疏。且含脂髓。此骨雖已變硬。然時相磨擦。終則消沒。其肢必較短矣。

病狀　此症總分爲三類。詳論於下。（一）慢性單關節類。Chronic monarticular variety　此類多因傷而起。爲外科所常遇者。　初起時。動其關節則痛。且有擦聲。若無滲液。則不腫。至夜間或陰雨時其痛較甚。其肢若久逸。動之其痛及强直尤甚。若緩緩動之。其痛及强直漸減。　凡患愈重者。靈動亦漸少。其擦鳴即變爲骨擦聲。其骨端畧變大。不久即顯畸形。有時病狀加重。致令肢跛。終則無用。此被骨疣所阻兼因甚痛之故也。於是關節隣近之肌亦枯。　此類多見於老年人受傷以後。如股骨頸折。或受扭傷是也。其骨變壞之狀即速顯出。若少年人有此患。其骨變壞之狀畧輕。

（二）慢性多關節類。Chronic polyarticular variety　此類非關乎害傷。在中年之婦女常見之。或一關節先起。漸延至數關節。或數關節同時並起。最多者。乃起於一二指趾之關節。尤多起於末關節。但此或由外傷所致。　其關節腫硬。捫之痛甚。輕者有小骨疣生於指關節之底。謂之赫伯登氏疣。Heberden's nodes　其指漸成屈畸形。關節强直愈甚。內展之功用不靈。於是漸延至他節。病勢時加時減。其肢漸失功用。且關節之骨端過長。硬如象牙。有時關節內滲液甚多。滑膜之莿過長。但甚罕見之。

（三）急性多關節類。Acute polyarticular variety　此類罕有延外科治者。大約此患每在少年。女多於男。平常由癴症而起。即印夫恩薩、（瘁）紅熱、腭扁桃炎等症。初起時身熱。脈速。司養及司血管等腦經

第二百四十七圖

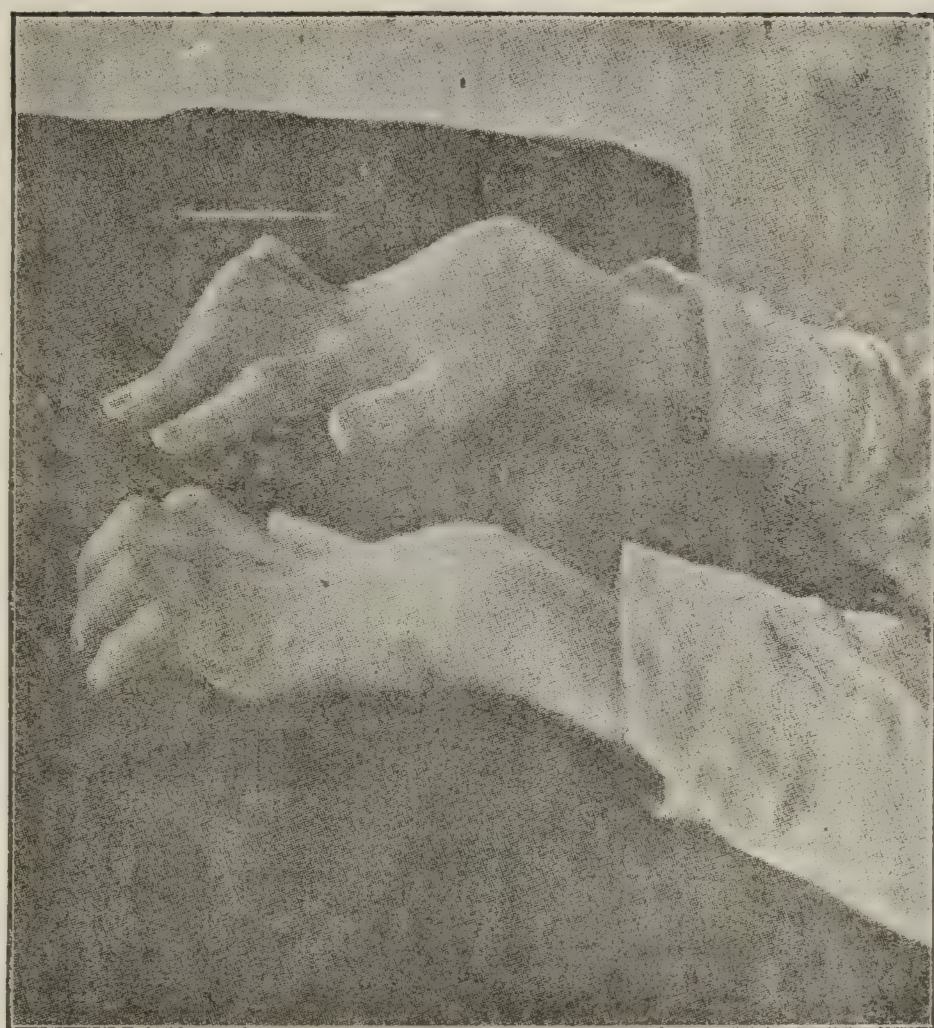


Fig. 247 OSTEO-ARTHRITIS OF HANDS

手之骨共關節炎症

每同時顯有異象。如皮有色斑。手涼濕。肌亦隨之速於消瘦。最多者惟手與足之小關節相對而起。然末關節或不患之。關節之裏筋帶。因有滲液。腫成梭形。初起時不累及骨。有時顯特別之畸形。乃其指內圍向尺骨之側。於是漸延至大關節。同時其骨亦顯病狀。惟佈散甚緩。以法或能阻止之。初期隣近關節之淋巴腺較大於常。 有醫士云。此類患在幼年者。女較多於男。且累及之關節甚多。其隣近關節之淋巴腺亦過大。但脈少有改變。亦無骨疣凸出。惟其脾較大。心膜與胸膜或有粘着之弊。 此患常有癲及痹症同起。但痹起於未患之先。而癲起於既患之後。須切記之。

診斷 診斷大約非難。因有擦聲、疼痛、骨端大及滲液諸狀。可爲此患之特徵。若用X光線查之。

或可見其骨所凸之唇形及肦下變薄之骨。此患與慢性單純滑膜炎之分別。查其病之歷級可知。此患之滲液較少。安息後其疼痛及强直更甚。若漸行活動。則疼痛及强直復減。若滲液較多。滑膜之蒴長大。則辨認較難。醫士若細心檢查。或能捫出其蒴捲動之勢。及骨端所成之唇形也。痹症及沙可氏症 Charcot's disease 詳於後。

判症結局 大約不佳。因累及多關節。必有害於全身。雖能以法暫阻之。然遲早其手脚必至殘廢。若只累及一關節。多因傷而致。尚可期其痊癒。若數關節同時並起。幾難望其痊癒。若諸關節相繼而起。其人常受疾苦困乏。致坐多於臥。由是力耗竭而氣絕矣。

治法 此難治之症。惜無法能癒。惟有一減輕之療法耳。宜用佛蘭絨裹患處以免其冷。再敷激類藥。及安撫藥。或能稍安。其肢宜安息不動。然常息不動。恐關節早硬。故須按時揉捏。及漸畧動。乃可減少其痛。如水療法、電療法、及患處熱療法。用之均可有益。因此症由冷及濕而致。亦有人謂腦力缺乏者。更易患之。故當儆告病者謹慎風濕。勿多罣慮爲要。所用之食物。宜含滋養料者。如魚肝油類。曾有人用數種藥。不甚見效。其所用之藥中。以鈉氯鹽 Sodii Iodidum 及鹼性輕瀉藥爲最佳。並服激肝藥。即鈉硫强礬。Sodii Sulphas 且飲鑛泉水。Mineral waters 亦用此水洗身。間或有益。兼服砒劑 Arsenic 可獲功效。

此患有時可施割取術。但此術只可施於患在一關節受累過甚而有碍其功用者。如在膝肘肩及

顯頷等節。皆可用之。若所施之割術。於患處正當。則日後大有裨益也。有人謂若只割去其凸出之新骨。亦或有益。

此患在老年人之髀關節屢見。甚痛。屈肢時尤甚。行坐不安。靈動漸減。初起時其肢似短。此因被累之腿內闔相齊時。而骨盆上斜所致。其內闔肌大約縮而緊。腿外展之功亦甚減少。但屈伸之功未有妨礙。終則該腿眞短。而畸形顯矣。此因股骨頭被蛀。髀盂被蝕。髀盂後廉。亦被消滅。致髀盂更大也。其髀盂邊及股骨頭。成爲唇形。故活動之功有缺。且有擦聲。若腿較常眞短。其股骨大凸必更凸出。由此可證此患與骨頸折者之區別矣。　治法　因此症令人甚跛。故治法最爲緊要。若病已過水療法之時期。必用器具機械。以減關節過緊相擦之弊。且宜助其行動。最妙者。用妥馬氏夾板及牽伸法。當牽伸之時。宜用蒙藥。若有畸形。可割斷內闔肌以改之。更用石膏製一骨盆模。按此模作一皮夾。以釘妥馬氏夾板於其上。如此治法甚爲有效。病者且不致久於躺臥矣。

此患若在顳頷關節。其頷髁必較大而畧扁。且顳凹前阜被消滅。令顳凹大於常。故下頷髁被翅外肌所牽。致滑溜向前。若病僅在一關節。其頦必偏向對側。若在兩關節。頦即凸出。因全頷離位向前也。於是開口覺痛。有擦聲。且不能嚼物。苟以尋常之法治之無效。須施割術。以去其所受累之頷髁可矣。

第二百四十八圖



Fig. 248 CHARCOT'S DISEASE OF LEFT KNEE AND SHOULDER

此乃沙可氏症肩與膝關節骨端枯而脫位之狀

腦病性關節炎又名沙可氏症
NEUROPATHIC ARTHRITIS, CHARCOT'S DISEASE

此症因脊腦後柱硬症 Locomotor ataxy 所致。患此者女多於男。病狀早顯。先發閃痛。Lightning pains 後下肢失其和動。此類症中最常見者。乃由輕傷所致。如筋帶被扭也。其特別之狀。乃關節不疼。惟忽被淡色之血清充滿。致顯緊張。其血清通至滑囊。或入絨連膶。但絨連膶不腫。其關節緊張甚速。越數小時。即能阻其動。且令關節離位。多受累者。乃膝髀肩等關節。有時數關節同被累及。此患之歷期及結局。各有不同。有時關節能將血清味盡而復原。惟略較軟弱。有時病再發。而關節愈跛。此患可分二大類。

(一)枯類。Atrophic variety 此類較第二類尤多。骨多被蝕。筋帶緩弛。致關節輭若連棍。於是骨端枯而離位。第二百四十九圖

(二)過長類。Hypertrophic variety 此類在滑膜下數處已生新骨。關節愈漲。所生之新骨愈多。若以手握之。儼如骨

第二百五十圖



Fig. 250 HYPERTOPHIC VARIETY OF CHARCOT'S DISEASE OF KNEE-JOINT
The patella (PAT.) can be seen poised on the top of a mass of new bone formed by the welding together of a number of smaller portions formed in the perisynovial tissues.

膝關節沙可氏症骨過長類
此乃滑膜邊所生之疣合成一大塊而髕骨(PAT)貼於其上

第二百四十九圖



Fig. 249 ATROPHIC VARIETY OF CHARCOT'S DISEASE OF KNEE-JOINT
The bones are cleanly eroded and no new formation is present. The patella is reduced to a mere shell one-eighth of an inch thick.

膝關節沙可氏症骨枯類
此乃骨已被蝕未生新骨髕骨已變成一寸之八分之一之薄殼

在袋中。後則合一成爲大塊。則關節强直矣。此類有時成爲慢性。與骨共關節炎相似。滲液無多。骨端被蝕。且於𦙶邊生有最大之骨疣。致阻關節之動。且有擦聲。

診斷 此症與骨共關節炎之分別。診斷大約不難。沙可氏症。發起甚速。多累及一關節。多有滲液。而關節不痛。骨端變枯。關節亦或變輭如連棍。且早顯不和動症之初狀。即閃痛與瞳失光應 Argyll-Robert.

son pupil 是也。骨共關節炎。乃由漸而起。每在數關節。少有滲液。關節疼痛。關節胕邊成爲唇形。若係最慢性者。其顯狀則不甚瞭然。論此患之病體。除骨被蝕甚速。及多有滲液。與生骨疣外。餘與骨共關節炎無甚差異。

治法　可用夾板纏以庫秋帶。倘滲液多。可以吸具吸出。然其液必易再滲。或用氣傳子療法。亦或有益。若至關節盡壞。須特製一合肢之夾持之。可令其肢有用。若患深重。宜截之爲妙。

脊腦生胚樣架網症 Syringomyelia　其關節病狀。與沙可氏症大約相似。見內科學。

易流血性關節症 HEMOPHILIC DISEASES OF JOINTS

此因關節受輕傷。如筋帶扭者。乃有多血侵入關節穴內。致關節忽顯腫而漲也。該處痛熱。捫之更痛。迨血一凝。則關節即硬而堅矣。但能痊癒。或輭弱而復又流血。患此者。胕之色如常。惟薄而澁。而受壓處更如此。亦有纖絲性變。或盡變成筋網。迨後在關節面邊。復又漸長。變而成骨。有如骨共關節炎改變之式。然筋帶及滑膜如常。或畧厚而成棕色。其關節每有粘着之弊。頗碍於動。

治法。　宜安其肢使之不動。初起時以冰敷之。後揉揑而壓之。切不可以針吸出關節之流液。

關節內活動物 LOOSE BODIES IN JOINTS

關節內之活動物（又名關節鼠）有數類。（一）瓜仁形物。Melon seed bodies 乃血絲所成。此血絲多由血塊變成。或慢性瘰之血絲滲液所致。此物初爲異形。係層層薄片。迨後變圓或扁或如扁豆粒形。滑囊鞘及腱鞘較關節尤多受累。其數頗多。且雜有似蛋白質之液。致該處腫漲。且有擦聲。　曾有一病者。將其膝關節割開。見有多黃白圓形物。大如核桃。此或係血塊所成。（二）肞類。乃由關節受重傷。致肞裂脫也。內有骨核。大約形圓而滑。最常見之處。乃股骨下端。此因屈膝時。受直接猛力。致肞脫一小塊也。若該塊不立時離骨。後亦可不生膿而漸與骨相離。或被筋網蔕所繫。在關節內畧有活動之勢。（三）此類乃由滑膜莿中所生之肞疣而來。有有蔕者。故磨關節面。漸至成槽。亦或有脫落者。此物似葉。或爲無定形。大半含有鍻礬肞。或骨在其中。第二百五十一圖　其原因由骨共關節炎。或由脛餘之肞脒而起。（四）此類乃患骨共關節炎者。肞長凸。脫其一塊。或關節面變成莿形過甚。以致脫落也。　夫此類之流動物。雖無血管之滋養。然在滑膜液內。亦能漸大。

病狀　此患顯有病狀者。因活動物在關節面間隔。使筋帶伸張。致關節暫時銷閉而極痛也。然此活動物。不久即離位。隨則起次急性滑膜炎。苟常若是。則筋帶必弛緩而關節亦鬆大。此等異物。有時以手捫之可移適他處。然亦多有不能捫者。因其滑而不定也。　德人名之曰關節鼠。"Joint

mouse")因其易適他處也。最常患者。係在膝關節。亦有在肘及顳頜關節者。

診斷　若在膝關節。頗難與弓肦脫位辨明。因均能令關節鎖閉而疼痛。惟活動物致關節鎖閉者。不過暫時。而弓肦脫位者。則不然。必須待關節復原。且在弓肦受傷之處摸之最疼。其病之歷級各殊。夫弓肦脫位者。必因筋帶扭傷而起。有活動物者。則非由外傷而起。若活動物內有骨。以X光線察之可見矣。

第二百五十一圖



Fig. 251 LOOSE CARTILAGE IN JOINT PROBABLY DEVELOPED IN A FRINGE OF SYNOVIAL MEMBRANE

節內之活動物係滑膜縫所成

A爲肦　B爲骨

治法　宜割開關節。將活動物取出。若開膝關節宜離髕旁一寸。剖一直口。長二寸。觀活動物常至何邊即剖其何邊。若不確知其在何邊。則可剖其膝之外側。苟能以指按於關節之旁袋內。而得其活動物。由斯按定。即於此處割而取之爲善。關節裏筋帶及滑膜已經割開。須謹愼將刀口縫合爲妙。

腦經痛性關節 NEURALGIC JOINTS

腦力不穩者。少婦頗多。有時關節腦經顯疼痛。彷彿病在關節之內。及細查之。其痛似在浮面。若令其關節面相擊。其痛亦不加增。且其痛不限定確在關節之內。雖關節之動。似有限制。然果能引病者不注意於患處。或施以迷蒙藥。亦能令其關節四面活動。且在關節穴內。無滲液之病狀。夜間亦不跳痛。雖男人亦間有患此者。然不必似婦女由於癔症也。

治法　有全身及患處之治法。其全身治法。先使其體康健。若子宮之功用有缺。亦宜療治。其患處之治法。乃灌以冰水。施電療法。且用外惹內效起炮法及烙鐵於關節處。自有良效。

關節強直又名關節連硬或僵硬 ANKYLOSIS

此病乃由關節發炎後。致關節不能動。或僅稍能動也。有時關節外皮成瘢。或肌縮短。或炎而生骨。如此者。可謂假性關節強直 False ankylosis　至眞性關節強直。必累及關節之組織。即骨與筋膕也。筋性強直又名不全性強直 Fibrous or incomplete ankylosis　其原由如下。(甲)因筋帶變厚縮短所致。多由白濁或痹症而起。(乙)因先有滑膜炎。後在關節內成粘着。有若帶然。(丙)因關節朋被蝕致關節露出。由是關節兩旁生肉芽。變成甚密之筋膕。使關節面粘着。如此者。其關節皆畧動能。

骨性强直或名全强直。Complete or osseous ankylosis 其故因關節面之朒盡壞。而相對之骨連合也。此連合處。其初乃筋瘢胭所成。後漸變爲骨。亦有由骨共關節炎。或沙可氏症。致關節變壞而骨邊生骨疣者。其骨疣或互交或鎔合。以成强直。

關節强直之形勢。及其結局之異。則關乎患在何關節。肩關節强直。大約不甚離位。且其妨碍較輕於他關節。因髃骨及髆骨能動之故。但三角肌多顯消瘦。肘關節强直。乃常見之患。緣肘常顯於外。易於受傷。且此關節之骨。每折而脫。後則肱骨之前後凹被接骨質塡塞。並易生粘着胭。故致强直。夫此關節强直。倘便於用者。乃肘能屈過九十度之角。其手能半反半覆。如此。則猶能進食於口。腕關節强直。乃多由白濁症。或痹症滑膜炎所致。髀關節强直。其形勢之佳不佳。在乎療治如何。苟置之不理。則其腿闔而向內。加於對腿。若雙髀關節均發炎。則其腿互交若剪。行時扭左扭右。常需拐杖而行。膝關節强直宜直其下肢爲妙。倘由骨連合。則令肢畧屈庶或有用。若不善治其强直之病原。則必成畸形。其膝必彎向後。若聽病者常側置其腿。其脛骨必向後脫位而外轉。或向旁脫位。踝關節强直。其形勢苟不恰合九十度之角。則大有阻碍矣。

所宜注意者。凡關節日久强直。其變狀不但累及關節面。即骨亦變枯細而易折。其筋帶亦必縮短。或變成骨胭。肌亦消瘦或變壞。肌腱亦可成骨。至於有畸形者。凡受累之胭。即肌腱腦經血管等。皆變短。故施手術改其畸形時。必先詳酌其軟胭。能復其原功否也。

治法　乃按其强直之病原而異。若係筋膶所成之强直。用揉捏法及手弄法。與自行運動等。庶或有效。有時可使迷蒙。將其粘着力行撕開。但外科士最宜留意。因其骨已變細易折也。有時緩行療治。不必將粘着撕開。只設法牽之。令其鬆長。或按第百八十八頁所論柔瘢藥。致筋瘢帶漸行變軟也。　按以上所論及以下所論各治法。萬不可用於由瘰症所致之强直。因外科士不能確知其筋膶內曾否含有瘰稜。故用法撕開。必致瘰症再發。散佈全身也。

若粘着甚堅。不必用撕法或割法斷之。因斷後必復粘着也。此類之强直及非瘰症之强直。不如用關節修補術 Arthroplasty 治之爲妙。其理由乃因骨折時。若有筋膶在其中。所折之骨必不能長堅。故關節之節面既已强直。若欲使之相離。可置膶片於其間。其關節必能活動矣。所用之膶不一。有以牛腹膜者。名爲 Cargile membrane 膜。有以猪膀胱者。名爲貝耳氏膜。Baer's membrane　又有以本人患處一片肌筋膜縫於二骨之間者。此乃甚佳。其效尤妙。此法之詳。於此不能盡述。簡述之。置膶片時。大約必將受患關節大開。使之畢現。用具將骨端做成適宜之圓形。再將肌腱一片。罩於骨之一端或兩端縫穩。將割口縫合。令其數日或旬日不動。越十日可試動之。用此法者。每有甚佳之結局。惟關節之瘰性患。未曾淨盡。或施手術時。防稜之法不全。必不能有完善之結局也。

亦有用移接術 Transplantation 療治關節强直者。但因關節修補術甚佳。故近今用之者少。其割取關節術。今亦不常用。亦因代以關節修補術也。在肘關節。雖有時不能不用割取術。然今則多用關

節修補術代之。在膝關節若係骨成强直之畸形。必割去一三角形骨。改其畸形。再以關節修補術繼之。若係筋性强直。儘用關節修補術。約即足矣。

髀關節强直。而有惡畸形者。約因瘰症而致。故不便用關節修補術。其畸形。腿每屈至骨盆而內闔。行走時形狀甚醜。大約可割股骨頸。療治。然不甚佳。因所割之處。過近於患處也。惟在股骨凸下割之乃佳。其法。乃於股外側割開一口。俾骨顯露。用鑿將骨鑿斷。或用鋸鋸斷。且在腠處之皮下。割斷內闔肌。其肢始能正直。更宜長久調理。以俟其骨長牢。不然。內闔肌力大。必將軟接骨質復牽移位也。若係非瘰症之骨關節强直。宜在股外側割一U形口。（大凸居此U形中）將肉片及筋膕一同翻上。隨將骨凸鑿斷。割開關節。令骨頭與髂盂相離。將髂盂挖深。骨頭磨圓。以筋膜一片包其骨頭。縫好。復將所斷之筋帶接合。仍將骨凸釘於原處。縫閉割口。於是外展其肢。並用牽伸法。閱旬日可用被動法試之。

髀關節症 HIP JOINT DISEASE

髀關節症。尋常雖指髀關節瘰炎而言。然亦有他患。如痺、白濁、穉串痒等。皆能累及此關節。若股骨上端起急染性骨髓炎。Infective osteo-myelitis 亦能起急性關節炎。其顯狀與染性骨髓炎同。致股骨上骺有離位枯死之患。至於骨共關節炎。或沙可氏症。亦能累及此關節。

髀關節瘰症又名瘰性髀炎 Tuberculous disease of the hip (Tuberculous coxitis) 夫瘰症起於髀關節。與起於他關節無異。故不必分言其病體。此症起於滑膜。或起於骨無定。然屢見起於骨者多。其起於骨者。多發於關節胦下或股骨頸下端。距骺胦畧遠。第二百五十二圖 若發於股骨頸。間或限於此處。而成爲慢性瘴。但此甚難診斷。最多者乃由股骨頸下。蔓延至滑膜。以致敗變。又侵入骺。令股骨頭變癬。致胦死或潰瘍也。第二百五十二圖 且其髀盂之形亦變。此因有病之股骨頭壓髀盂向後。將盂邊嗽盡。致髀盂穴加大也。於是髀盂骨外衣復生新盂邊。畧高於前。名移性髀盂。"Travelling acetabulum" 第二百五十三圖

第二百五十二圖



Fig. 252 TUBERCULOUS DISEASE OF THE HEAD AND NECK OF THE FEMUR SHOWING SEQUESTRA IN AN ABSCESS CAVITY AND COMMUNICATION ON THE UNDER SIDE OF THE NECK WITH THE JOINT

股骨頭頸瘰症瘴內有死骨片頸下有痛通節內骨頭之胦已脫圖內黑線爲應截之處

其股骨頭壓後而上向骼背。致令骨臼深而大。更有因他故致股骨頭離位者。乃肌之緊張作用使該肢屈或闔或畧內轉。以致股骨頭之大半。由髀盂凸出。且因後筋帶薄於前筋帶。其變輭較早。有時髀盂穴中生一團肉芽。致髀盂穿破。則盆內必起瘰瘴。隣瘴之骨必變厚。因生骨疣所致也。否則其骨變癬。若染膿穉。恐其骨死矣。

症程　若小兒患此症。初起其足跛。髀痛。最痛處在膝內側。因髀關節與膝關節被同類之腦經所司也。即股前腦經、骶骨腦經、盆孔腦經是也。起此者。或因傷致。然不能定。初起其肢恍若較常長第二百五十四圖　其大腿之肌略瘦。臀平而摺紋亦沒。此因肌瘦與肢屈故也。且關節略硬。動之則痛。若以手拍其踵或股骨大凸。則關節亦覺痛。初起之形勢。漸屈而漸展。且轉於外。第二百五十五圖A　此因髂股筋帶弛而關節潤使然。此曾於無病屍之髀關節證之。用水節盛水將節嘴由髀盂插入關節內。用力射之。其肢之形勢。自屈而外展矣。有時其肢之屈形及展勢不甚顯然者。乃因脊柱前曲以蔽其屈。盆骨傾側於患側。以蔽其展也。第二百五十六及二百五十七圖　故其患肢恍若長過尋常。且其脊柱旁曲。致腰曲之弓背拱向患側。第二百五十五圖AB　倘欲表明屈度之多少。須令患者之腰平。即將其無病之腿屈於腹。則患肢之股自離床。而其角度若干立見矣。第二百五十六圖　至欲表明其展度。可用短棍橫置髂前上兩角。更用一短棍置於橫棍中作丁

第二百五十三圖

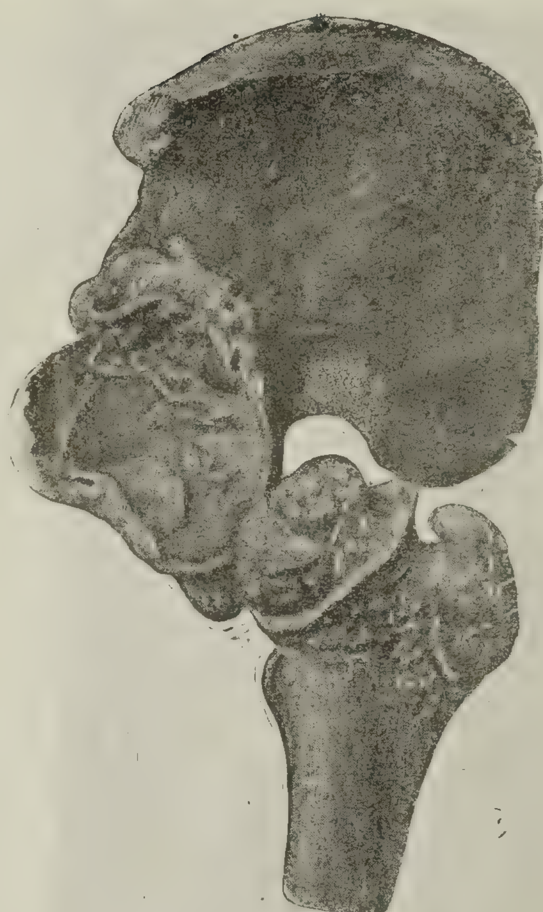


Fig. 253 FEMUR AND ACETABULUM IN HIP DISEASE
The epiphysis of the caput femoris has been practically destroyed and the acetabulum is enlarged by absorption of its posterior margin and displaced upwards. The rami of the ischium and pubes have been removed.

股骨頭與髂盂瘰症
骨頭骺盡壞髂盂被蝕較
大於常盂邊似上移胅骶
二骨之支已去之

字形。於是將豎棍對身之中線立之。其展度何如自顯。其轉外之勢亦明而顯也。其關節之強直。亦最易表明。因關節動度。甚有界限。如屈股至腹。則盆骨之患側自離床矣。至患尤深時。其骨盆受累及。而疼亦加甚。且夜有跳痛。迨至生瘧。則温度加高。以致全身不爽矣。其肢之形勢。亦有改變。屈度愈甚。初則展及外轉。此則變爲屈而內轉。其盆且傾側於患側。（第二百五十五圖CD）於是其肢似短於常。其脊柱旁曲。將腰曲之弓背拱向患之對側。其無患之肢亦致外展矣。夫肢形勢之改變。其故未能確知。然醫士多謂關節裏

第二百五十四圖



Fig. 254 EARLY STAGE OF HIP DISEASE (RIGHT SIDE) IN A CHILD

The black line is drawn from one anterior superior spine to the other and shows not only the amount of abduction present but also the tilting down of the pelvis on the affected side.

小兒右髀瘰症早期之狀
黑線係從二前上角由此至彼見盆之斜勢及腿之外展

筋帶之後外處弛緩而讓。且有液侵入腿之外輾轉肌。該肌既弱。致闔肌及腿之內輾轉肌未獲抵力焉。已生瘧者。多穿於股骨大凸前內。近於建廣筋膜肌之末。夫膿能穿至皮面者。因其關節脉前有孔而無阻。或由關節裏筋後循輾轉肌邊及臀上腦經穿出皮面也。有時瘧穿於臀處。然不多

見。又或從脥股筋帶在股血管內側即髂脥筋帶下穿頭。有時瘰患可累及腰股肌腱下之滑囊。因

第二百五十五圖

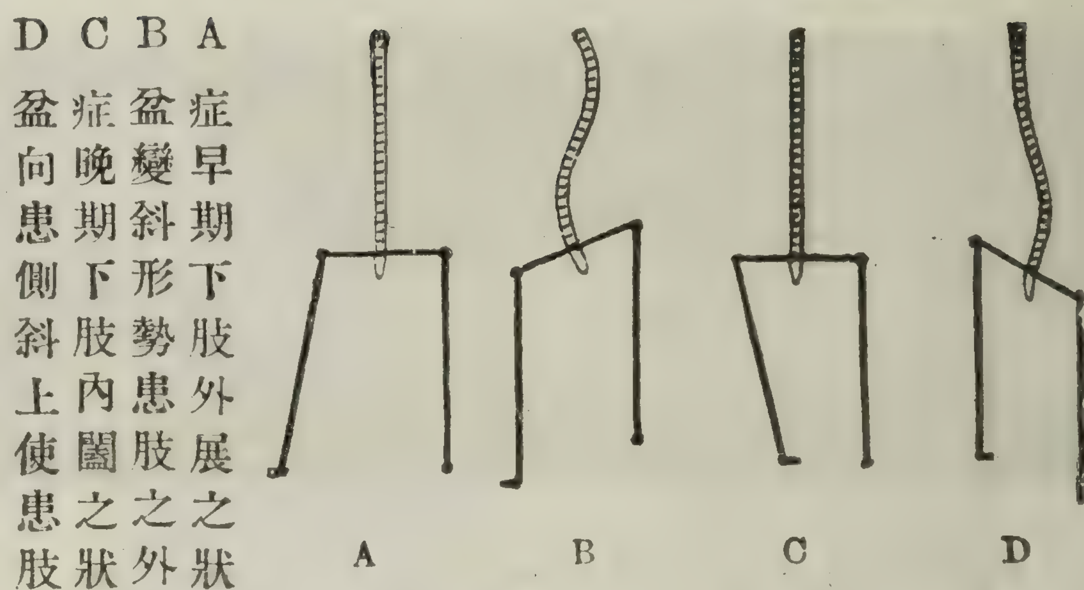


Fig. 255 DIAGRAM TO ILLUSTRATE THE POSITIONS ASSUMED BY THE LIMB IN THE EARLY AND LATE STAGES OF HIP DISEASE

A represents the position of abduction taken by the right limb in the early stage of hip disease, and B, Nature's method of masking this by tilting the pelvis down on the affected side, while the other leg is adducted; the effect of this on the spine in causing a lateral deflection is also indicated. C shows the same thing in a later stage when adduction is present and the pelvis is tilted upwards on the affected side, thus producing apparent shortening(D).

此圖表明髀症下肢始終之形勢

A 症早期下肢外展之狀
B 盆變斜形勢患肢之外轉不顯但脊偏曲
C 症晚期下肢內闔之狀
D 盆向患側斜上使患肢似短

此滑囊與關節相通，故在該處成瘻。穿頭於股三角之上。然此甚罕。若髀盂被病穿一孔。必致盆內生瘻。其瘻上行可穿於髂脥筋帶處。或瘻落下。則在骶肛穴處穿破。在病之末期其肢則眞短於常矣。（第二百五十八圖）此因股骨頭被蝕而移至髂後使然。於是肢之屈闔內轉之形勢較甚於前。若成膿瘺。人即潮熱。內臟有蠟樣變。按此症。無論何期。均可成關節强直之痊癒。若初起未曾用法改其異常之形勢。則不免成爲畸形。亦有碍於骨之舒長。

第二百五十六圖



Fig. 256 HIP DISEASE WITH THE BACK FLAT ON THE COUCH AND THE LEG FLEXED TO A CONSIDERABLE DEGREE

髀症脊平臥之狀而下肢屈

第二百五十七圖



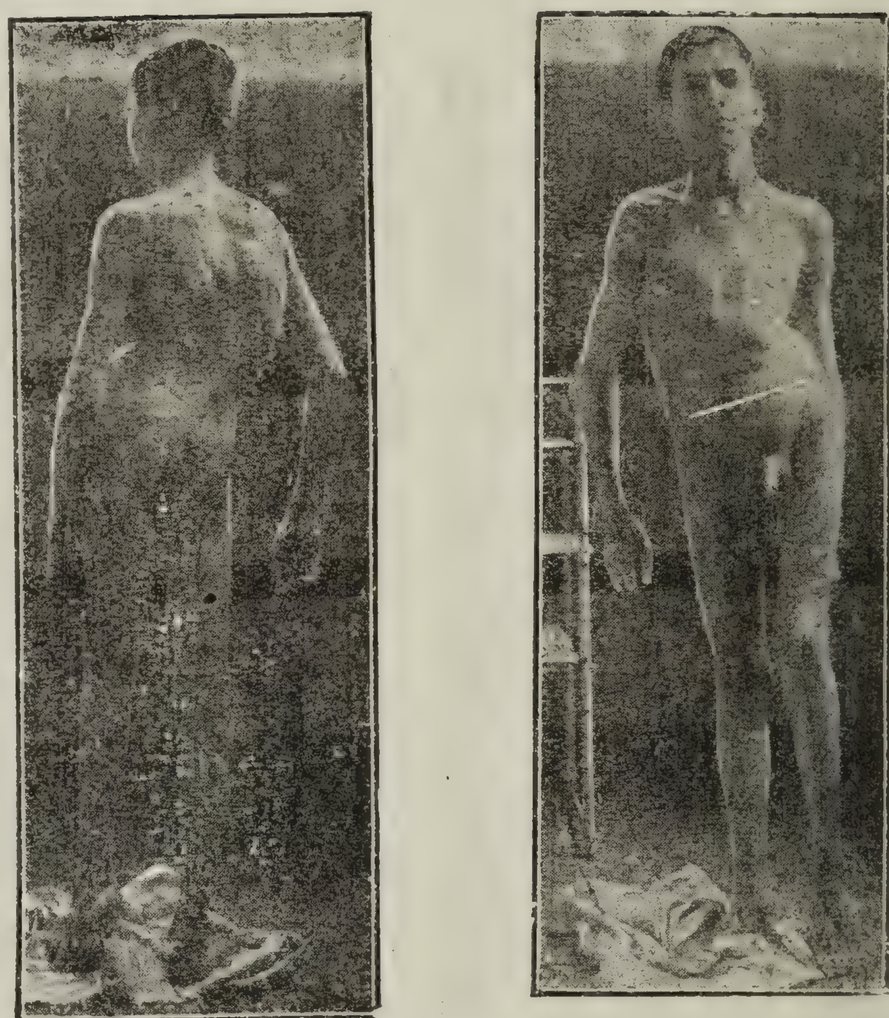
Fig. 257 ON PRESSING DOWN THE DISEASED LIMB THE SPINE BECOMES ARCHED (LORDOSIS) IN THE LUMBAR REGION SO THAT THE HAND COULD BE READILY PASSED BELOW IT. THE EVERSION OF THE LIMB IS VERY EVIDENT

下肢壓直則腰脊曲向前甚顯並現其下肢外展

診斷　在診斷此症時。每見人誤認之。則以爲此症之判別。誠非易事也。蓋此症初起時。膝關節必痛。故人每誤認其患在膝節。苟膝節無故而痛。則當疑其患在髀關節而詳察之。在診斷時。稍

爲留意。自可免其失矣。如對側髀關節亦有病。欲斷其與此症同否。可比較兩大腿之動何如。蓋以此法比較之。庶不致以先天關節脫臼誤爲瘰症也。緣此二症。間有醫士錯於診斷焉。骶骼瘰症。與此症之分別。見後第五百六十三頁。脊柱瘰症。亦有與此症混淆之處。因腰股肌瘴穿痛處。有時與髀關節之痛同。

第二百五十八圖



B　　A

Fig. 258 POSITION OF THE LIMB IN THE LATER STAGES OF HIP DISEASE

In A a white line has been drawn between the two anterior superior spines to indicate the tilting of the pelvis upwards on the affected side necessitated by the adduction of the limb. Some amount of flexion was present but this is not marked. In B the secondary curves of the spine are well seen.

髀症晚期其肢之形勢

A　白線表明盆斜上向患側因患肢內圜

B　表明病脊繼發之彎曲

但即此脊柱瘰症之畸形。可以區別。且以法考驗其髀關節曾否有病。自免診斷之誤矣。然此二症亦有並至者。察時當忽忘也。倘患者之肢。能屈成九十度之角。且能外展而外轉。或能盤坐。可決其

必非髀關節症矣。若股骨頸有被包瘴與髀關節症亦頗難辨別。惟患被包瘴者其痛如鑽。常在深處。若壓股骨頸。或拍其股骨大凸。其痛愈增。但輕扭動其肢。則可知髀關節確無阻碍。又以X光線驗之。則診斷庶有據也。　若髀關節微受傷而發炎者。不易判定其炎果係何類。若按髀關節重炎理之越一二星期即癒者。可知其非爲瘰性炎也。或用X光線查之。亦足爲診斷之一助。

判症結局　如善治之。其結局非不佳。然病者之肺或起急性瘰。或其瘰傳染於他處。或久而成瘴。若染膿穢。則能生加雜病。例如穢串瘴、血中毒、潮熱及蠟樣變等症。除此等加雜病外。勿庸慮其有他患令其殞命。然其肢較短。或關節强直。用之甚覺不便。若强直之勢不正。尤爲不便也。

治法　髀關節瘰之治法。與治他處之瘰同。初起時宜安其肢使之勿動。以免成畸形。但免畸形之法。最善者莫若牽伸術。及用利司通氏夾板 Liston splint　持其好側。若在小兒。或用沙囊。或用拜安忒氏夾板 Bryant 第二百九十五圖　令其不動。夫用牽伸術。其輕重須適宜。勿至令其痛而肌跳。所用之貼膏。須貼過膝。若其肢屈勢不甚。則可置之於床。如此其脊柱必畧前曲。然迨其肢跳痛漸減。而脊柱之曲亦漸沒矣。若屈勢較甚者。用牽伸法。必順其肢之軸線牽之。以輭枕墊其肢下。越數日。其屈勢漸減而肢亦漸平。倘不順肢之軸線而牽之。則反令其脊柱前曲。加增其痛耳。至病之急狀巳過。可漸減其牽伸之重力。或全去之。再用妥馬氏夾板。助其行動。第二百五十九圖　妥馬氏夾板之式。乃長鐵條一根。其寬一寸半。由患者腋下起。至將近踝止。再以橫鐵圍於身之乳頭處。其腿與腓兩處。用

鐵箍之。於是又用捲帶。緊纏身至踝以助之。所用之鐵。須輭性而能屈者。其好肢著以木屐。身之兩旁。助以腋杖。如此夾之。至各病狀全退。仍須夾六月之久。有時病初起與初痛時。亦可用此夾。但觀其肢之屈勢何如。順其勢以夾之。若此安逸其肢。乃使其跳痛漸減。醫者可漸伸其夾。而令肢挺如故。若係小兒。最善者。用斐勒司氏箱夾之數月。以至急狀皆退。若已成瘻。可用防穢法割開。尤妙以套針放液。再以埃多方射之。若能免用引流管則更善。除以上各法。亦宜調理全身。常安逸患處。至於大割術。如取其股骨頭。近少用之。多有卓識之外科士云。若耐性

第二百五十九圖



Fig. 259 THOMAS'S HIP-SPLINT APPLIED

妥馬氏之髀關節夾板

用合宜之療法。自可痊癒。除放液術外。其他割術。則不必用也。又有名醫反對此意。謂在初起時。若用割術。如關節前割取其股骨頭。甚為適當。宜勸人施用之。余意正當之治法。或在此二者之間耳。若用安逸及合宜衛生之療法。其病仍不見癒。且仍覺疼痛。夜間更有跳痛。熱度升高。或患處腫大。若成瘻然。並用X光線查出某處確有損害。則宜由節前割開關節。將似豆腐之廢質、變壞之滑膜、受累之𦙶及骨質便於割取與關節無妨者。一併去淨。於是用無穢之埃多方擦於患處。而縫閉其割口。切勿傷及股骨上段之骺。以免其骨將來之不長。但有時患處甚濶。不得不將股骨頭去盡。如

此施治。必將其肢置於外展之方位。以免股骨移至髂背。致肢將來更短。若躭至晚期。其臀處或股骨凸後處已成瘺者。宜用節後割取術。而去其股骨頭。平常甚易爲之。因股骨頭已被蝕或離位也。剖口時若能循其瘺而割則善。若病甚累及髀盂。宜將股骨頭盡割去之。用節後割取術。最合宜者。乃因易於引流也。然病者或輭弱太甚。或逆料其肢日後失用。則不必用此術也。若其患已侵入盆內。施割取術後其肢有如連棍。或已起骨髓炎者。尤須在髀關節截斷其肢。若已割取股骨頭仍有瘺通入髀盂。或在盂有多膿。且其瘺之上口被股骨上端所塞。致阻廢液流出。以致敷藥甚難。而且極痛者。亦須截斷其肢。蓋截斷之結局往往甚佳。而病者亦能速痊也。然用節前瓢形截斷法。或較便。何也。因用此法。可以另開一口。縛其血管。且安插引流管。可與血管遠離。庶能減染膿穢之患。可幸者因髀關節瘰而須用此截斷術者。近甚罕見也。

骶髂關節症　DISEASE OF SACRO-ILIAC JOINT

此關節患瘰。常多見於大人。小兒甚少。雖此患能由滑膜而發。然屢見起於盆之髂骨。而累及關節。此症之病理解剖學。與他處之瘰症無異。故無庸贅述。

病狀　此症腰下疼痛。行走。站立。體動。皆似無力。若咳嚏時。則腹壁平肌忽縮。而髂被拉。致尤覺疼痛也。病者甚不安舒。其盆覺似將裂。且因腰骶腦經絲在關節前。故其疼痛傳至臀及下肢。若動

其下肢。其盆亦疼。但將盆扶定。動之則不疼。若欲知其疼與患確在何處。須將其髂骨力壓或力擘之。則可辨明矣。病者亦不能站立。因患側不勝其身之重。故跛脚俯身而行。且不可不扶杖也。 其患肢似長過常。但從髂前上角度至內踝。則與對側無異。其似長之故。乃因其髂骨斜傾而凸前。致前上角低於對側也。其近關節處。亦常浮腫。捫之覺疼。後或生瘴。其瘴之穿頭。或恰在節上。或在腰際。或前至髂凹。或落至盆內。又或穿於骶肛穴。在此處穿者。最易致加雜病。因難免不染膿穉也。

診斷 此症與骶大腦經痛、髀關節瘵、脊瘵及因他故之盆痛。均須辨明。 骶大腦經痛。在股後。循該腦經急行。壓之其痛更甚。觀其肢亦非似長。壓其髂上廉。亦不覺痛。 此症與髀關節瘵之痛不同者。蓋此症扶定其盆以搖其肢。不甚覺其不爽。髀關節瘵則不然。乃壓其盆則不疼。惟患久者。其肢實短而有畸形。此症則不然。 脊瘵與此症。苟留意查之。則不難區別。凡疼痛之勢最烈者。醫士宜究其致痛之源。而查其肛及子宮有疽否。此爲常例。查骶髂關節症。有時於近關節處。捫其有脹滿之狀。

判症結局 若無膿穉侵入。結局未必不佳。因此症最險者。乃染有膿穉也。如少女患此。能令盆成爲畸形。遇分娩時殊多妨碍。

治法 病初起。宜安臥於牀。扶助其盆。且調理全身。若有瘴者。可先用空針吸出其膿。隨再射藥。有時此法無濟。則須割開患處。刮盡其腐骨。使割口生肉芽則瘉矣。有者須用鑿或圓鋸去髂上廉

之後壁。始能達至患處。其割口宜直豎。用此法之結局有時甚佳。

關節割取術 EXCISION OF JOINTS

凡關節受各種損傷及關節炎等。因近來所用之法。較昔更爲美善。故割取關節術少用之。惟考試諸生時或一擲其手術之優劣耳其宜割取之故。約因病者未曾求醫。或醫士療治不善。但亦非盡緣於此。雖然。亦未必定行割取。因近今人工關節術甚佳。可以相代也。即或不能盡行相代。亦必變通用之。關節修補術見第五百五二頁

第二百六十圖

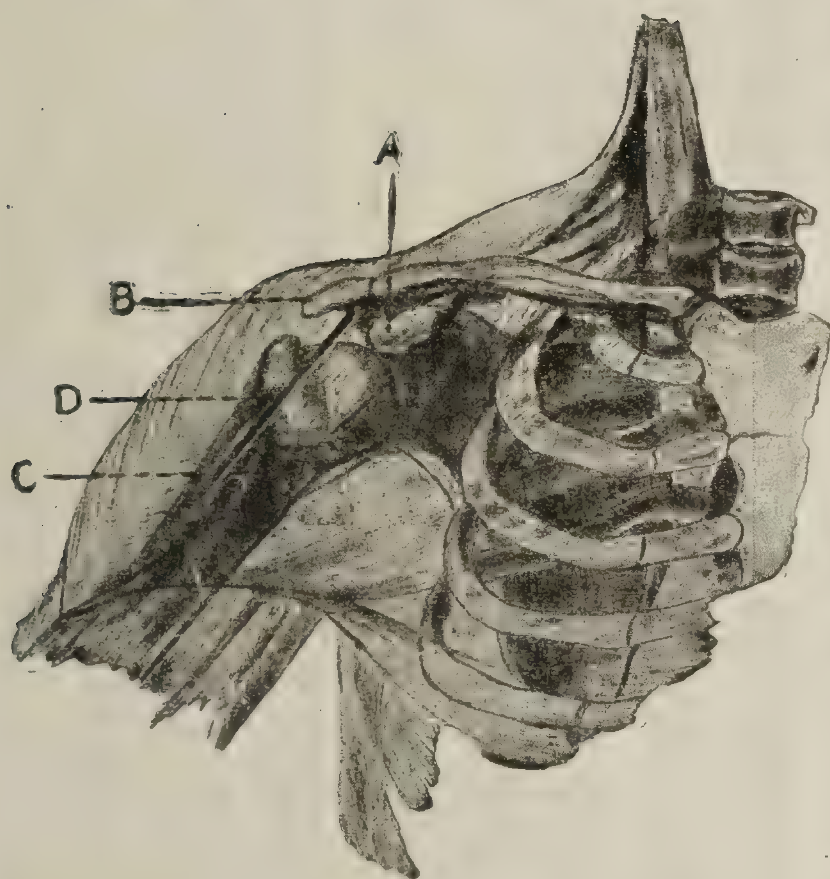


Fig. 260 INCISION FOR EXCISION OF SHOULDER

肩關節割取之刀口

A 髆啄
B 髆肩尖
C 線係三角肌胸大肌之間
D 線係刀口

試將關節症之最宜用全割取術或不全割取術者。列之於下。(一)凡隣關節處受傷。如慮其強直。或碍其功用。或成不佳之形勢者。須施此術。用於肩關節及肘關節處最多。(二)先天關節脫臼及關節脫臼日久他法無效者。(三)急性關節炎之晚期。欲免強直之弊者。(四)瘰性

關節炎已用減狀療法。仍不能斷根。或在早期欲病速癒者。則施此術。(五)關節炎後而有醜形之強直者。(六)骨共關節炎在某處者。可用此術。

夫施此術於各關節。其結局之不同者。乃關乎起患之故何如耳。有時施此術僅期其關節強直之形勢佳或成能動之假關節耳。有因去其病胭而用之者。或亦有無甚病胭。而亦用之以成一能動之關節者。當未施此術之先。宜思其起患之故及其情形。始能定其全割取或不全割取也。按此編乃爲教科書。奈限於編幅無多。故祇言其割取術之要耳。如欲研究其詳。須覔專門割取術書閱之。

肩關節　手術。宜使病者仰臥。凸病肩於割症棹外。以沙囊墊於髆下。畧令肢轉闔向身。其割口在髆肩髆喙之中。向後下割三四寸。深入三角肌絲。(第二百六十圖D)　夫割入三角肌。勝於割三角肌胸大肌之間。因此不致傷肱外靜脈及動脈也。以露鈎牽開割口。覔出肱骨之直槽。在槽外側。又剖一口。復覔得雙頭肌之長腱。用鈍鈎牽向一邊。於是將肱前彎動脈支剖分而縛之。再將肢外轉。覔髆前肌腱及關節前裹筋帶而剖分之。若能將肌及骨衣一並離骨尤佳。如素有炎患者。甚易如是割離也。復覆其手於棹邊。自見肱大凸。於是將所附麗之肌如法剖離。並割開關節裹筋帶之上部。則露肱頭於割口而鋸之。若能斜鋸過肱大凸較平鋸肱大凸下猶愈也。至於若何修理滑膜及髆盂。則在割時定之。更在腋後摺處割一對口。以置引流管。於是將前割口縫合。裹敷料時。以墊墊腋下。免肱直槽附麗之肌將肢扯貼於身也。割後一星期。始可施被動法。雖關節成筋胭之連合。然其結局甚佳。惟其肢不能多展於外耳。

肘關節　此關節施割取術者。或因骨折或穿皮骨折。而成爲關節強直。或關節強直之形勢不佳者。尤宜施此術。又有因關節瘰症。或急性炎之末期亦可用此術也。當割取時。最佳者。在關節後循其線中。畧近內側。割五寸長之口。在臑骨頭尖上下各

二寸半。割時將肢橫貼於身。醫士立於病人患邊之旁。割口須深至三角肌。恰至骨處。則將屈掌內肌之肌本及三頭肌腱之內半。撬離其骨。又必露明臑骨凸。及肱骨內輪間之凹。並須牽開其軟䏚。而貼骨割之。如此可免傷其臑骨腦經。但此腦經或有時不見耳。於是更割斷其內旁筋帶。又在肱骨內輪撬離屈掌肌之本。其關節外半。亦如是理之。即在附於臑骨處之肘關節後肌割斷。以免三頭肌及深筋膜受傷。又在肱骨外輪後。撬離伸掌之肌本及割斷外旁筋帶。則關節即開矣。其後肌絲有未斷者。亦斷割之。則骨端必從割口露出、再將肱骨下端刮淨。經肱後凹之中。鋸肱骨之接面其臑骨頭及喙與橈骨頭。亦如是鋸斷。但鋸時須牽開其肌䏚。以免臑骨腦經之蓋䏚受傷。至於滑膜如何理治。則在割時定之。雖橈骨頭無病。亦須割去。因留之不但無益。即割取不足。愈令關節強直也。大半取骨約二寸半。再將割口縫合。置引流管數小時。越一星期。則用鉸角夾板夾其肢。此時該割口自當痊癒矣。然宜逐日移換其肢之位置。再越一星期。可去其夾板。以軟枕枕其肢。每日施被動術。並屈轉之。如此小心調理。庶肢之動功。與無病之肢無異。大都肱骨下端兩旁。各生一凸。有如踝形。其臑骨及橈骨之圓端。即居於此二凸之間。則能動之關節成矣。

腕關節　此關節有重瘰症而生瘴及痛者。方可施割取術。若僅關節強直。則不必用此術也。最善者。乃利司特氏 Lister 之法。其法精密而費神。若適得其宜。則結局甚佳。在未割之先。宜將指多屈伸之。以破裂其粘着者。於是即割二口。一在手背近橈骨側。一循臑骨側。手背之口。乃角形而不直。（第二百六十一圖LL）從橈骨後伸拇長肌（B）與伸指總肌腱（D）之間割之。須先循伸拇長肌之內側。直至第二掌骨。則畧轉而循第二掌骨往下。割至一寸或二寸長。須深至骨。割斷伸掌長肌伸掌短肌之（EI）腱末。再將所割之腱。翻於手背。以骨鉗剪去其大多角骨。如能免割開腱之滑鞘尤妙。又轉其手於伸掌內肌腱（五）與屈掌內肌腱之中。割一三寸長之口。從腕後撬開其伸掌長肌及伸掌短肌之腱。且割斷伸掌尺骨肌腱之末。在關節之

第二百六十一圖

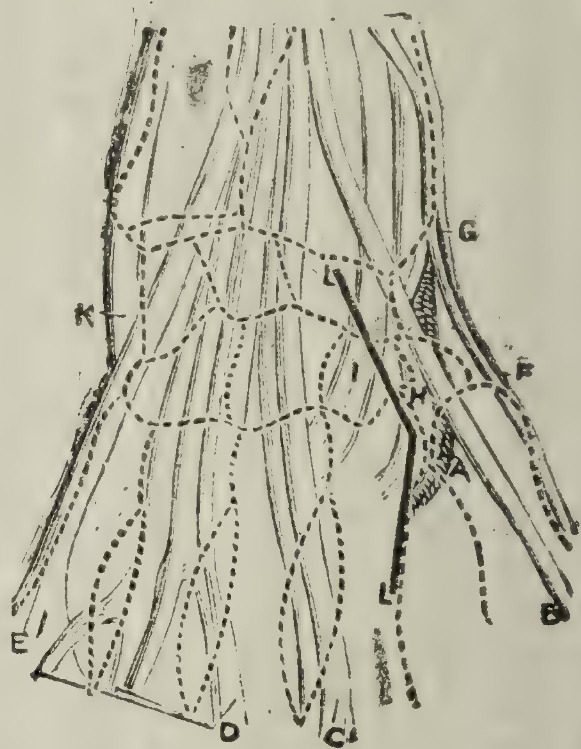


Fig. 261 EXCISION OF THE WRIST

腕關節割取術

A 撓骨動脈
B 伸拇長肌腱
C 伸食指肌腱
D 伸指總肌腱
E 伸小指肌腱
F 伸拇短肌腱
G 伸拇掌肌腱
H 伸掌長肌腱
I 伸掌短肌腱
K 伸掌臑骨肌腱
LL 刀口之線

掌面。將肌分開。介豌豆骨離腕。以剪鑷鉸去鈎骨之鈎。如此則腕之前後無阻。可逐片取出其骨。若上下猶有阻。仍可以剪鑷鉸去之。再察其臑橈之下端。及近關節掌骨之處。或有碎腱及滑膜等則去之。若猶有碎骨。可按其病勢而定之。 於是將橈骨旁之割口縫合。置引流管於臑骨旁之割口內。以夾板夾其手。用軟木質作厚凹面墊墊其掌。於是可令其關節畧伸。並將拇指安於墊物上。 勿移動其關節惟指越二三日 宜時屈伸之。迨瘉後。其節大牢成連梶者多。而成强直者鮮。因多取腕骨及斷伸掌腱也。如此者或暫夾以皮夾板。或終其身亦夾之也。

髀關節 此節有病。除由瘰起者。罕施割取術。然近來此節患瘰而施割取術者。亦較少於前。夫割取術中。有二要法。即關節前與關節後二法是也。

(一) 關節前割取術 (第二百 十九頁七十九圖)在髂前上角下割一直口長三或四寸。由建廣筋膜肌及髂脛肌之間。割至臀與股直肌深處。所遇之股外彎動脈小枝亦須割斷。此時見其骨頸及關節裹筋帶。即循股骨凸間之線。將筋帶割開。只能容指入節探之。又用阿但氏骨鋸。斜鋸骨頸。用骨撬或獅口鉗將股骨頭從髀盂拔出。若關節已壞。拔之更易。(試拔無病屍髀節

之股骨頭則頗難）受累之滑膜。宜用剪剪去。並將髀盂刮淨。然後縫合割口。留一小口以置引流管。或用埃多方藥漿濕紗條嚴塞割口。後則外展其肢而夾之。以便股骨居於髀盂之內。

（二）關節後割取術。此術近來少用之。故無庸細述。

膝關節　在此關節施割取術者。因患瘰。或因骨共關節炎。或因骨性關節強直之畸形。或因筋腡性關節強直而形勢不佳者也。　其割口如馬蹄鐵形。由股骨內輪起。曲割至脛骨凸。又上至外輪止。再屈其肢將髕下筋帶割斷。於是始開其關節。凡在髕前各腡。如皮及皮下腡等。均割離髕骨而上翻。又在髕上曲割一口。與髕前之割口相接。將髕骨及股骨前之深滑囊。一並取出。再將肢愈屈。較前畧甚。割斷其膝旁筋帶。此時關節內可見。又將脛骨之膝叉筋帶割斷。股骨下端之滑膜亦宜盡去。以便施用潤鋸。按常例。鋸骨時。鋸面宜平。其人站立時肢勢自直。然余謂宜令其膝畧屈而圓。至站立時其肢尤爲自然也。夫欲如是。將鋸與身之直線成九十度之角。鋸齒畧向下斜。便合鋸法。鋸至將近骨輪間。則提鋸。再鋸其兩旁。以免傷骨輪間峽之要物。　如鋸大人之膝節。其關節腡面之或可鋸盡。然能少鋸之尤善。蓋如此可免其肢過短。不便於用也。惟有病之腡須盡鋸之。並使其脛骨頭露出。撥開其圍腡。而由前至後平鋸其露出者。又必去盡有病之滑膜。更留意察其關節後處有病否。凡有流血處則縛之。於是以粗銀線縫其骨。或以釘釘之。或以螺絲合之。皆可。後縫合割口。又置引流管於割口之角處。再用古尺氏夾板 Gooch splint 持其肢。以至傷瘉。後用石膏或砂強磐水套其肢。至八或十星期之久。

踝關節、　此節患瘰。亦可施割取術。在節內外二邊。各割一口。外者由腓骨前廉起。循外踝彎割三寸長。即露腓骨下端。若能揭開骨衣。而露其腓骨更善。於是直剖開踝節外旁筋帶。令筋帶與骨衣一並離腓。則由外踝尖高一寸處。截斷腓骨之下端。又使前後骨衣及筋帶。遠離其骨。內割口乃由脛骨內側。直割過內踝下。又在內踝下橫割一小口。若丁字形。其骨衣與踝節內旁

筋帶。依前法理其脛之前後骨衣及筋帶甚易離骨。則脛下端即於刀口處露出。以小窄鋸鋸之。鋸時先以露鈎牽開脛下端後所有之胭。其踱骨之上節面。從外割口鋸之。或將此骨去盡亦可。按上所言存骨衣而僅割取關節。此術最佳。然須小心勿割開腱鞘。迨換敷料時。宜使其足與肢恰成九十度之角。勿偏於左右。如施石膏法。則愈早愈善。當於石膏正對刀口處開一孔。以便更換敷料。苟其關節非因患瘰。可由外踝至內踝橫割一口。於未斷肌腱時。須用線繫其上下兩端。其脛前腦經。亦須如是。至於血管。亦宜先縛其兩端。而後斷之。既剖開其關節裏筋帶。則關節內面必致顯出。而去其節骨不難矣。於是將所斷之肌腱及腦經縫合。再縫合其刀口。

割取踱骨術　此術有因隣近踱骨之關節患瘰。或因足有畸形。或因踱骨被折及脫臼而用之者。其法厥有數端。最可用者。乃在踝關節前。傍血管及肌腱直割一口。切宜留意。勿傷其血管。以骨衣鉗將之翻開。則踱骨之上面即見。於是割開其踱舟關節及踝關節。並割離兩旁筋帶及筋膜。又截斷踱骨頸。而取出踱頭。由是能至踱骨下面。而割斷骨間之健筋帶。此筋帶乃與踱骨下面踵骨上面相接。其餘未去盡之踱骨。此時可盡去之。或用蛾眉鑿鑿開。而逐塊出之。

第二十四章　脊柱損傷
INJURIES OF THE SPINE

脊腦幾有完全之保護。故受外傷甚難。(一)脊腦居於脊體及脊扁中。其位置最爲適宜。無論脊骨何側受强屈强伸之力。其脊腦仍固定其中。(二)脊柱每節有薄片筋肭隔之。且脊柱勢彎。可助分散重傷之力。(三)脊柱管中有餘地。而脊腦及脊腦衣居於其中。且脊腦兩側所出之腦經。均有鬆筋衣包之。並有腦筋衣分枝懸之。又有腦液圍之。(四)成人之脊腦。至第一腰椎 Lumbar vertebra 下廉而止。此處較高於能動脊椎。與不能動骶椎之相接處。以免多受震扭也。(五)若由高處跌落而足着地。亦有天然保護之法以免脊腦受震。如足之彎弓形及其彈力。並下肢骨每關節畧變其方向。且膝關節間有薄片筋肭隔之也。夫脊柱之易受傷處。乃在能動骨與不能動骨相接之處。即胸接腰與項接胸二處是也。且胸脊椎之上彎向後。不及他處之健。故其第四節每易被折。至項椎亦易受傷者。因與頭相近也。

脊柱扭傷 Sprains

脊柱筋帶扭傷乃爲常事。如明其肌與筋帶精密之排法。則不以爲奇矣。受此傷者。每因跌落而致。其跌落者。多因乘馬。或在火車過意外之險等。此類傷約累及脊柱能動之段。如項與腰二處是也。該處或傷其肌。或傷其筋帶。抑或肌與筋帶俱傷。

病狀　其狀如單處受傷者然。傷處畧腫。或痛而痛。捫之尤痛。動之其痛愈甚。故每自挺其脊柱。若僅累及肌與脊後峯間筋帶。或無後患。但撕破脊扁間筋帶。及裂開脊管者。必致成爲截癱 Paraplegia 矣。此因血滲入腦筋衣外。以壓其脊腦也。夫截癱之久暫不一。因傷而發炎者。其炎能侵入脊腦衣及脊腦。致成脊腦腡病。　其具瘰性者。則或顯脊椎癆症。且能繼發癯症。及生惡瘤。　若顱

受重擊而項處被扭者。能令脊橫峯間筋帶破裂。致其骨離位甚重。如關節脫臼然。且能令頭頸强直。間或失力致病者仰臥於枕。而頭不能自起。 在腰處被扭乃爲常事。此因俯提過重之物。致傷腰方肌也。其乘火車受損而致截癱者亦屬此類。其背强直。轉身俯屈均覺疼痛。有時或致血尿。乃因其腎受壓而然也。

治法 宜安息於牀。以熱濕布敷傷處。迨痛與炎俱散。則用激藥及揉捏法。傷重者。須臥於牀六或八星期。至損在項處。或須以器扶之。若脊腦衣發炎。尤宜小心使伏臥於牀。以冰囊敷其脊。若因流血。或炎質滲出而起截癱者。則須審其可否用割取脊骨扁術。 Laminectomy

脊柱刺傷 Penetrating wounds of the spine 刺傷者。多被軍器所致。世無戰事則罕有之。亦有因傾跌而致者。如被鐵欄或樹枝等所刺是也。所顯之病狀如下。 (一)因刺傷軟䐃。或累及腹穴與胸穴。又或有至內臟者。其在頸者。則或刺傷項脊動脈致多流血。 (二)因數種骨折。或骨碎壓脊腦。或血滲出而壓脊腦。 (三)脊腦衣裂開。其致死之故有二。(甲)因顱穴內之腦液流盡。令腦底受壓而死。(乙)腦液多流出尚不死者。久之腦衣必起膿炎而亡。 (四)脊腦刺傷。其脊腦全斷者。無論在脊柱何處。今不具論。詳諸下文。 當穿傷時其脊腦之一部受傷或全未傷。而其腦經根或幹均不免受牽累。若骶腰處受刺者。或可斷其脊腦尾也。

治法 宜用迷蒙葯。留心探察傷處。去其外物及碎骨。並潔之以免染穢。如項脊動脈或鄰近處

有傷。俱須理之。其脊腦與脊腦衣尤當注意也。若腦筋衣已裂。脊腦未受傷者。則宜於縫妥。後使病者伏臥。頭下垂。以免腦液流出。若脊腦已刺斷或扯破者。即連合之亦無濟。因其功用已失。不能導其腦興奮從顱而下也。惟脊腦尾被傷者。則宜割開脊管使腦經幹露出而連合之可也。

脊折 Fractures of the spine　原因分為二類。(一)直接暴力 Direct violence　如人仰跌時。其背碰於長凳或欄杆之類。又或以大石大木擊其背。或受鎗彈傷。凡此類傷。脊柱各處皆能遇之。除受鎗彈傷外。其由間接傷致者。較多於直接傷而得者也。至擊某處而某處即折者。在脊椎後部最易。因其後凸故也。(二)間接暴力 Indirect violence　多折在項下處。或胸上處。每因脊柱被强屈而致。如人從高處倒跌屈其頭。或潛水觴其頭。或由橋下穿過被橋梁所碰等。亦有被重物墜擊項後而折者。　夫脊柱折。常見於最弱之處而橫斷之。然有全斷不全斷之別。或僅累及一二脊骨而為碎折。此類每限於脊骨體。其橫斷者。約累及脊腦也。

夫脊柱折分為二類。即全折與不全折也。全折者。其脊柱橫斷。不全折者。其脊柱不斷也。

(甲)**不全折** Incomplete fractures　此分數種。多因直接暴力而致。

(一)脊後峯折。Spinous processes　多在項與胸相接之處。因該處之峯最長。不似項脊上部之短而薄。腰椎之厚而健也。凡因受直接暴力而折者。該處必顯受傷之狀。脊柱並有異常之動。亦有擦聲。且所折之處。其形亦異於常。其碎骨有時壓向內。或入於脊管。致成截癱。

(二)脊骨扁折。Laminæ 雖非常事。然非甚罕見。必因受直接暴力使然。若折一扁無甚顯狀。而脊腦亦少有病狀。惟折二扁。則脊骨弓並後峰皆陷入。致脊腦被壓而成截癱。時有擦聲。如捫其脊後峯。則有凹陷處。

第二百六十二圖

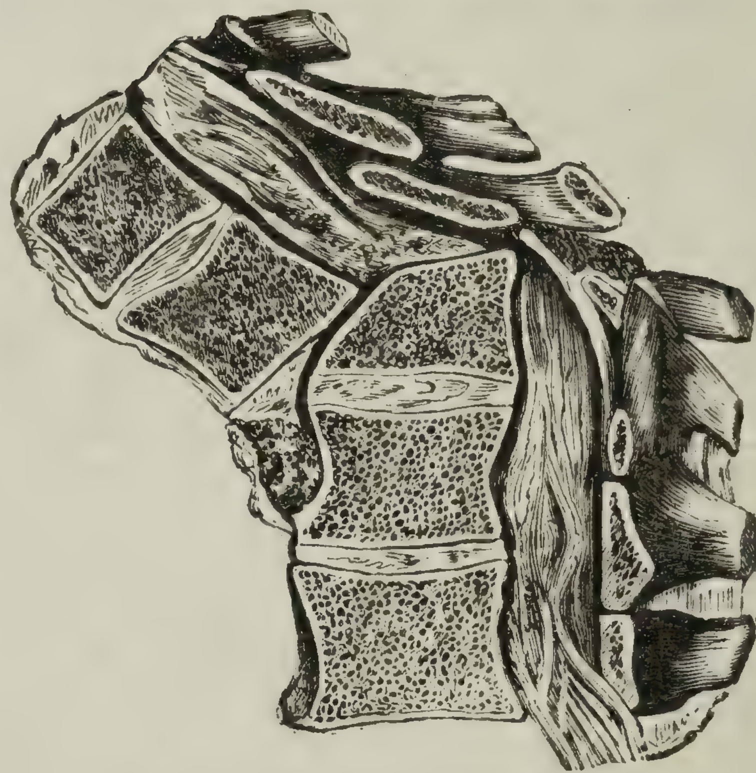


Fig. 262 COMPLETE FRACTURE-DISLOCATION OF THE SPINE IN THE LOWER DORSAL REGION WITH DISPLACEMENT AND COMPRESSION OF THE CORD

胸下處之脊全折而脫
臼其脊腦離位而被壓

(三)脊骨橫峯折。Transverse processes 被脊柱受傷所累外。罕見有該處獨折者。

(四)脊骨體不全折。Bodies 其折只如一裂罅。除痛與脊柱強直外。別無他狀。故診查時不易確定其折否。然脊骨體雖折。尚未離位。亦有因脊腦受震當時即顯截癱者。或過片時方顯此狀者。蓋因有血流入。或炎液滲出壓其脊腦也。

治法 約臥牀數日或可痊癒。至可否用割取脊骨扁術。詳於下文。

(乙)**全折** Complete fractures 凡脊柱全折者。其骨離位。且脊柱亦失毗接。此亦謂之骨折關節脫。Fracture-dislocation 此患約因受直接大力。或因受間接暴力而致。其傷常重。第二百六十二圖 其後峯與扁或

折否不一。其脊後峯間筋帶。及其上筋帶。並脊扁間筋帶俱行扯破。其腰與胸相接之脊筍亦折。項脊筍雖不折亦必離位。其脊骨間質扯破。或脊體亦斷。如此則令其脊柱分爲二截。由是其能動之上截則移向前。而蓋於不能動之下截矣。　有時折骨相插。或爲骨碎折。此時脊腦被下截之上端。及上截之脊骨扁所壓。仰臥時。雖使上截能復位。然脊腦已受壓傷。則無法治之矣。至折之輕者。則有少許骨碎插入脊腦衣。或在脊腦衣之內。或外流血。其受間接大力者。同時或致胸骨亦折。

病狀　脊全折者。平常易於診斷。該折處疼腫痛。且有輕重不一之角式畸形。骨折未相揷者。捫之或有擦鳴。然查時切愼動之。以免脊腦受傷。其患處之下。每致截癱。且顯腦力猝衰之狀。若損及脊腦。不久則起脊腦炎狀。倘炎速起。命難久存。蓋致死之故。乃因膿稜性膀胱炎。或臀處潰爛。令血中毒也。　其截癱之特狀詳於五百八十一頁。本篇畧論之如下。脊腦之項胸段若受重傷。則與人之生命有關。因除膈肌外其呼吸諸肌盡癱。以致患血墜積性肺炎也。如全折於項脊腦第四段或微上。膈腦經亦被癱。或致即時殞命。總之凡脊柱受折脫傷者。死數約居百分之七十。

結局　視脊腦受損之輕重。及位置而異。但傷愈高而愈危。亦有在項處因傷而成截癱者。其人亦可活至數年。或畧見痊。惟脊腦已壞。則生命不能久延。

治法　依損之輕重而施療術。置傷者於牀時。切須謹愼移動。否則可令脊腦傷加重。所臥之牀褥宜固定。然勿太硬。最佳乃馬毛實其內。以折骨板墊之。其牀褥之能低陷。如鐵絲製者。切不宜用。

久之可用水壺代之。因傷而有腦力猝衰者。宜用常法煖之。若須激動心藥類。亦可與服。惟切記其失感覺之皮最易起皰。故用熱水瓶時須以絨布隔之。迨病者稍痊。當詳察其損傷何如而規定以何法治之。

(一)凡脊柱折鮮有施割取脊骨扁術者。如須割取。下文再詳。

(二)若折骨相插而脊椎不克復位者。施迷蒙葯或可使之復位。惟傷在項處。及截癱不全。或內臟亦受傷害者。不宜治之。因治之亦無望也。用復位術。宜輕手施之。免加其損。如在腰處可畧用力。因此處之危不如是之甚也。既以此術試之。不論復位否。別有治法詳下。外科士用手未使畸形復原者。或可在項處或足處以牽伸法試之。

(三)病者既平臥於床。其離位之骨。常可復回原位。脊椎碎折者尤易。且不論其自行復回。或用手術復回。而截癱緩瘉者。均須依狀療治。尤要者。即病者臥床。其體宜平。頭宜畧低。且可以器具扶之。如石膏或皮背裌等。但初傷時施此助法無大益。至於飲食。宜按時給之。更宜食易消化者。

看護此類病者。宜留意於病者之皮。及其大小便。因受重壓之處。易生臥瘡。Bedsores 故其臀與踵。尤須加意用法免其常受壓也。理臀時。勿祇轉動其骨盆。須全身轉側。若用兩截牀褥更便。亦可免轉側全身。且用便盆時。又免動其脊柱也。 若膀胱癱。須用庫秋管放其尿。於病人最有險者為胱發炎。逐漸上延至腎。此炎患每從外入。故須謹慎設法阻之。先將陽莖洗淨。用防稭水多灌洗其尿

管。次用導尿管放尿。隨用無穢布包其陽莖。所用之導尿管。宜用庫秋製者。用時宜先煮之。抹以無穢油。俾其滑潤方可。如膀胱染膿穢。宜以淡防穢水日洗二次。防穢水。即鉀錳上礬水。硼酸水。或硼醕一份。開水二十份。再用烏羅透品 Urotropin 或撒妻 Salol 或硼强酸。日服三次。每服十厘。依上各法治之。如仍不能阻其炎。上延至腎則難救矣。患此者。每見大便秘結。須服瀉藥。或用水射入肛。依以上各法治之。間有痊癒者。但常因血中穢毒。或力耗竭而死。亦有雖癱仍能久存於世者。因膀胱畧獲反應性小便之能。而腰脊腦末甚被累也。其下肢或能稍復其功。

脊柱脫臼 Dislocation of the spine　凡脊椎脫臼而不折者。只見於項處。因胸與腰處之脊筍。方向直豎。穩而不動也。項處則不然。脊筍面上下相向而畧斜。故易於脫。胸脊骨與腰脊骨之脊筍直豎。故不能脫。若脫。則脊筍及扁亦必折矣。　凡在項處無論何脊椎。皆能脫位。若頰骨全離卯骨者。必致忽然殞命。若頰骨不全離卯骨。則可仍活片時。或延數日。其卯骨脫離樺骨者。約因懸頸自縊。或因重擊其頸。或因兩手掇起小兒之頭所致。其致死之故。蓋因樺被折。且將頰骨下之橫筋帶扯破。致卯骨及頭俱倒向前。脊腦受壓也。亦有因扭顧太甚。致顱偏脫者。然其脊腦之病狀較輕也。　凡項脊椎脫臼者。多見在第五第六之間。約係一側偏脫。幾盡因偶然强屈其頭。而兼扭其頸所致。是以其頭及脊柱上段。移前而扭轉。上段之脊筍。脫於下筍之前。以致勾定而不能復回也。

一側脫臼 Unilateral dislocation　此乃頭轉向對側不能復回。其耳亦畧向上。但脊腦無受壓之狀。惟

腦經疼痛耳。蓋腦經幹被壓扯於脊椎間峽。脊後峯亦偏向一側。不如尋常之平。但此等形狀。頸肉厚者不易捫出。如不留意而使之復位。則顱與頸必成畸形。或且終身有腦經痛之患。故宜於初期時治之。或可復位。其法先施迷蒙藥。以法俾身體固定。隨將顱與頸牽向對側。以開其筍之鎖。斯時或可聞其復位之聲。若脫患已久。或試施割術。以去其腦經被壓之物。則腦經之痛或能稍減。但未能使骨復位耳。

兩側脫臼 Bilateral dislocation　此患筋帶必甚受累。上段亦移向前。脊腦必受重壓。其身必致截癱。如未全脫。脊腦被壓之狀或暫時不顯。因該處之脊管畧大也。久之管中或流血發炎。致顯危狀。

治法。　兩側全脫者。脊腦既已壓壞。雖行療治。大約無益。惟截癱不全。而損未久者。治之庶或有濟。可用復位術。謹慎牽伸其頭。俯屈其頸。試其可否復位。否則宜用割取脊骨扁術矣。此術乃將傷處之肌。全行割開。必見下脊骨上筍之舨面向後凸於脫脊骨扁。於是照上法牽伸其頭。試其能否復位。如仍不能。則須割取上筍之廉。以開其骨鎖。但以少爲妙。苟全割之。雖易復位。其後復脫亦易。如此其脊不能堅定如初矣。

脊柱受傷之相伴脊腦病 AFFECTIONS OF THE CORD ASSOCIATED WITH SPINAL INJURIES

脊柱受傷顯相伴病者常事也。其病有關於脊腦及脊腦衣者。當初傷時。亦有似屬輕者。然可漸變重症。其病分五類。然不易辨

別其狀各屬何類。(一)脊腦受震。(二)脊腦流血。(三)脊腦衣炎。(四)脊腦炎。(五)脊腦力衰弱。

脊腦受震　此病由猛擊背而致。其脊柱無甚傷。如遇意外之虞。其患雖重。而骨亦不離位。所顯之狀。昔日常以爲脊腦組織受震所致。故是名。然近今均以之爲脊腦內有微細之流血點而致也。　病狀。　脊腦受擊處之下。其功用全失。且腦力猝衰而失反應之能。或爲暫失。若擊項處。或可立死。或四肢全失其力及感覺。至擊胸與腰二處。則令胱肛圜肌失力。亦失反應之能。身之溫度低於常。上下肢色白而冷。脈速而弱。呼吸亦淺。　判症結局。　結局常佳。約可痊癒。其後日累及脊腦組織者甚爲罕見。　治法。　最要者安逸勿動。令其伏臥。因能免積血所壓。且易敷藥也。以冰囊敷之。或用盃術。其身切勿移動。飲食以易消化者飼之。且宜有節制。又當理其膀胱與腸。有單處傷者亦宜療治。

脊腦流血 Spinal hemorrhage　此患不盡關外傷而起。亦有無故而起者。在十至二十歲之人較多於老人。但顱腦流血者。則老人又多於幼年。脊腦流血。分脊腦內及脊腦外二類。

(甲)脊腦內流血 Intramedullary hemorrhage　多在項下部者。此由急屈損傷所致。血滲入脊腦非潤。祇一血塊耳。其大如杏仁。平常有數點擾脊腦之灰質。有時或將灰質裂開。白質被壓。而血或流入血管膜下間。　如此者若不即亡。則其脊腦後必變壞。其人忽顯全或不全截癱。背或覺痛。或傳至胸前。因之溫度速升。上肢軟癱。盖因脊腦之司肌所被滅。其下肢受累及者係因脊腦降徑被壓也。　此等患亦有畧癒漸能動其下肢者。惟脊腦之灰質已壞。其上肢之癱患經久不癒矣。若傷輕祇累灰質者。則但顯上肢癱狀。　診斷。　其截癱狀速顯。但無脊腦惹狀。然越數日則溫度可以畧升。如項脊受累。則瞳極小。此因其睛簾司所己壞也。亦顯積尿。大便秘結。陽莖强直等狀。　判症結局。　關其血塊之大小及在何處。凡血塊大者。其害甚於小者。在脊腦流血。立必至死。係因有阻於呼吸也。傷在腰處亦不佳。因其有累於圜肌也。然傷在胸處者。雖脊腦流血。仍可冀其速癒。　治法。　與脊腦受震同。惟須另服麥角(丫葛)數次。或有效驗。

(乙)脊腦外流血 Extramedullary hemorrhage　脊受傷。如扭或骨畧折者。其血流脊腦外。較多於流脊腦內。其血在嘗與腦筋衣之間。(在項處受傷者尤易如此) 亦有流入腦筋衣內者。所顯之狀。蓋卽脊腦受惹之狀也。如疼痛。皮覺過敏。及痙攣等。不久傷處所司之肌失力。或身顯截癱。由下漸上。以致於死。致死之故。乃由欠氣。如此者。身之溫度不升高。以上諸病狀。與脊腦受惹者無異。然血流在脊腦內者。其癱狀較脊腦受惹狀更顯。如能診斷之。射麥角膏於皮下。可望血止。又以冰囊置於脊。若欲其壓狀減輕。則用割取脊扁術。繼令長期安臥於牀。並服消散血塊葯類。如 Iodolysin 見百八十八頁。

脊腦衣炎　此炎或起於顱而下延至脊腦。或僅起於脊腦一處。凡受傷後所起之炎有二

(一)急性脊腦衣炎 Acute spinal meningitis　其炎關於脊腦潤衣及血管衣者。名曰腦潤血衣炎。Leptomeningitis 其炎常蔓延。能升至顱腦衣。有時受傷雖輕。亦能起此炎。然無論其由何而起。均因受染所致。病體。腦衣盈血而失光澤。所滲出之質甚多。後則有血絲或膿。最多乃在脊腦衣後面。即或其人不死。所滲出之淋巴。亦漸致其膜粘着。當其起炎時。多有寒顫。由染膿稚而致者更如此。在病期內始終溫度升高。病狀。其背深處痛如錐鑽。動之其痛愈甚。有時延至下二肢。或累及全身。致脊柱强直。四肢且兼有痛痙及瘈瘲。其皮之感覺亦過敏。下二肢尤然。其反應力過大。容貌速瘦。病者因有多痛。每致不能安眠。若其炎祇在脊柱。則有脊腦炎病狀發現。即截癱與臥瘡及膀胱患。或致於死。如不至死。則漸成慢性症。或能稍瘉。如此者甚罕見之。倘其炎累及顱腦衣。即顯顱腦衣佈炎病狀。以致昏迷而死也。治法。如其炎為單純無加雜病者。令其伏臥。敷冰囊於背。平常止炎法。乃服麥角或顛茄。兼理其大小便。如欲其能睡。可服氯鹽及哥拉。有時用空針刺脊術。或能有效。

(二)慢性脊腦衣炎 Chronic spinal meningitis　此炎約祇在一處。可累及潤血二衣。或僅限於筋衣。有起初即為慢性者。亦有由急性轉成慢性者。有黴症者尤易患此。其腦衣間盈血而變厚。與脊腦粘貼。每有慢變硬性脊腦炎同時發起。病狀。其背之某處疼痛。脊柱强直。若稍動之其痛愈甚。且時有閃痛。皮覺過敏。其肌亦痛而痙。反應過敏。膀胱亦有加雜病焉。

治法。須久臥於牀。用外惹內效之藥起皰。或以烙鉗烙其背。並宜服錸及氯藥。

脊腦炎 Spinal myelitis　夫脊腦之發炎者何也。因脊腦被骨離位所壓。與傷處流血而致。又或因傷後。其衣發炎延至脊腦。或被淋巴、或膿、或接骨質、肉芽胭、瘢胭等所壓而致。此等炎。有急性 慢性之分。其急性者。脊腦之色漸變紅而軟。幸或不死。則腦胭必漸壞。所壞之處成爲瘢胭。慢性者。其連胭變厚。正胭壞而相離。腦衣變厚而粘連。

急性脊腦炎。Acute myelitis　其病狀。背痛。凡炎處所司之腦經亦痛。若受傷時未顯癱狀。不久即顯截癱。有時癱狀未顯之先。畧有激惹之狀。　慢性脊腦炎。Chronic myelitis　其病狀甚多。最顯者乃司動腦經漸弱。久之成癱。後失感覺。其膀胱與肛亦必受累。　此二症之治法當視其所起之病狀何如耳。

脊性或傷性腦力衰弱 Spinal or traumatic neurasthenia　又名**鐵路脊柱** Railway spine　蓋有人突遇意外之事。雖其脊柱或脊腦未受直接之傷。且當時該處亦未顯有何要狀。後則始知其腦系統已甚被擾亂。其致此之故最多者。乃在火車遇意外之事。然亦有因他故脊腦受震而致。或身體他處受傷累及者。其特別之狀。係由大腦而起。不在脊腦也。何以謂最多者在火車。因火車常有衝撞之事。不但坐車者之肌與筋帶未曾預防。即其靈心之受驚及駭懼亦足以致此。此類傷所顯於單處之狀。乃係筋帶與肌受扭也。　病狀。　最多者因脊腦與大腦之司所甚弱而易被激。故易顯腦力衰弱 Neurasthenia 之狀。如火車遇意外之事。其人左右傾翻。過於搖動。斯時雖畧昏迷。然其靈性則未全失。尚自能出車脫險。或並能扶助遇險之同人。且亦能接續旅行。直抵其家。料理庶事。越數小時。則覺頭痛。背痛。不能用力腦。於是臥牀延醫診視。醫者命其安臥勿起。或以氯鹽服之。後其人曰。背脊上有數處覺痛。在腰處捫之即疼。自不能行。不欲用腦力。又畏見光。懼怕聞聲。有時腦經疼痛。脈弱。或尿留住。又或遺尿。慾念不生。身之溫度或低於常。目之視遠近力弱。則漸變成老視眼矣。　倘醫士律師。與病者酌商損傷賠償何如。或以他事激其靈心。勞其用力。則令其病狀愈增。惟聞鐵路已賠傷欵。其患漸覺畧痊。如此者。非僞作病狀以騙鐵路賠欵。

乃因此時其心無所罣慮也。亦有遇事後。即起腦力衰弱。自不能支而臥於牀者。此係急性之患。惟如前之慢性者較多耳。且多兼顯癔症之狀。此狀有爲急性者。有係慢性者。其慢性者。病者每自甚其詞。以述其疼痛之狀。但誘其觀念他物。試該處果否疼痛。則又並不覺疼也。

判症結局。大約結局尙佳。終能痊癒。惟不痊癒者亦有之。或變成慢性脊腦炎。

治法。此病之治法。即其臥牀與起牀一事。亦須斟酌適宜。以免成爲慢性症。其初宜令病者安臥。勿過服氰鹽。其痛處以熱布敷之。後以擦藥類擦而揉揑之。若料其傷處不繼發炎。不妨命其起牀行動。或宜他處之水土則就居之。並服士的年與鐵藥。

截癱 Paraplegia

前論脊柱及脊腦之傷已屢提及截癱矣。故於此復詳論之。

原因 (一)有因受直接之傷。而骨離位或流血所致者。(二)有因受傷後數日。其血積於腦衣外所致者。或係傷處之血或係墜積之血 但身體平常無發燒之狀。(三)有因被滲出之炎液即膿或淋巴等 所壓而致者。此類發現稍遲。且其先身熱。並顯受惹之狀。(四)亦有發現更遲者。即被接骨質所壓。或被粘着性之瘢痕累及脊腦或脊腦衣是也。

病狀 脊腦之一段全壞。無論其由傷而致。或由炎而致者。其病狀與脊腦盡被橫傷之狀同。詳之於左。

(一)其壞段腦經所司之肌盡癱。隨即變枯。並有壞肌之電應。而反應之能亦失。

(二)不獨壞段如此。即以下諸段腦經所司之肌亦癱。雖肌之司養暫時無變。迨後則脊腦前柱及

旁柱。皆漸顯壞降。肌即因之縮緊而強直。其深反應全失。淺反應亦暫沒而終現。若脊腦前旁柱有一部未壞。則其深反應與淺反應仍存。或暫失而終必復現。且有時過敏焉。

(三)壞段腦經所司之皮處盡失其感覺及肌覺 Muscular sense 温度覺 Thermal sense 亦失。即以下諸處亦然。

(四)在失感覺處之上。有一窄狹之皮反見感覺過敏。Hyperesthesia 此因該傷處被惹之故。

(五)壞處之司血管腦經癱。司養之功亦亂。

(六)內藏亦被累。及而最受累者膀胱與肛也。

脊腦之各段截癱狀 Phenomena of paraplegia at different levels

(甲)**骶上端橫斷** At the upper end of sacrum 此等患罕有。有之則累及骶腦經根。使骶腦經羅癱。其所顯之狀有三。(一)下肢諸肌。除股腦經、盆孔腦經、臀上腦經等所司之外皆癱。即其會陰及陽莖諸肌亦癱。(二)其陽莖、陽囊、會陰與臀之下半及腿。均失感覺。惟股之前外感覺仍存。因此處屬股腦經與腓內腦經所司也。(三)因膀胱及肛與脊腦司所隔斷。故有尿留積。至漲而遺洩。且亦遺糞。由是膀胱漸縮。而膀胱壁變厚。貯尿之量漸小。致尿愈遺也。

(乙)**胸腰相交處橫斷** Dorsi-lumbar 若傷在胸脊椎第十二節下。與腰脊椎第一節上相接之處。或經過腰脊腦粗處。其下肢必全癱。而且自軀幹入下肢之肌亦癱。其下肢與臀。及會陰等處均失

感覺腹或亦然。若膀胱司所全壞。則膀胱亦癱、且其圜肌弛緩。以致遺尿。不久其尿釀成錏沘類而起膀胱炎。此因失其司養之功也。若膀胱司所未傷、亦有尿留積而漲遺之患。且膀胱與肛之圜肌癱、致令遺糞。遺時自不知覺。因肛失其感覺也。

(丙)**胸脊中處橫斷** Mid-dorsal　其癱之顯狀同上。惟失感覺之處稍寬、其界限乃皮覺過敏而痛恍似帶束。腹扁肌亦癱、且有尿留積漲遺之患。腹扁肌既不能助其咳與大便、故愈增疾苦。由是積糞之氣上升。致腹氣脹、以致呼吸受阻、又因其腹扁肌既癱。無扶穩下肋之力、致膈肌縮時、將下肋牽向胸內。所以胸不展闊而窄小。

(丁)**項胸相交處橫斷** Cervico-dorsal　其狀與上相似。惟失覺處較濶。幾至全軀盡失。且牽累兩臂之皮覺過敏。並肋間外肌、肋間內肌、脊柱肌俱癱。其握手之能亦弱、呼吸甚難。因膈肌之縮力軟弱。必藉頸處之數輔呼吸肌以代其功也。若氣管發炎、越數日其人必死。因不能咳痰也。惟陽莖強直、乃項截癱多見之狀。又因睛脊司所受累。致瞳孔縮小。

(戊)**項下處橫斷** Lower cervical　其上二臂癱且痲、越三十六至四十八小時。或不足此時間。病者之熱度甚高。以致於死。若傷處高於項脊椎第四節。其人立死。因膈腦經癱而絕其呼吸也。若項處第五節受累。其二臂必癱。而垂於身旁。若傷在項第六節。其二臂必外展。肘節亦彎。手仰而指畧屈。若傷在項第七節。手則鬆握。肘則甚屈。而臂則覆於胸前。

夫截癱而死者 Death from paraplegia　其故不一。而其時亦不同。有欠呼吸而立時即死者。乃傷在項脊椎第四節之上也。有傷在胸與項相接處而死者。乃因呼吸道有積痰或膿也。有至數星期或數月始死者。乃因臀之死肉脫。或膀胱發炎或潰瘍致血中毒。並有膿性腎炎。同時而發。

判症與治法　視其傷在何處並其輕重與其人素習如何。及身體之强弱。

脊骨扁割取術 Laminectomy　此術乃將一或數脊骨扁及後峯割去。以除其脊腦之壓也。如陷骨瘺、肉芽胭、多餘之接骨質、瘢痕、瘤等。　割時從背中處直割一口。割至脊後峯。即將肌與筋胭分開。深至橫峯處。如此每多流血。宜以蘸熱水之布壓血管。勝於以縛線縛之也。於是查其椎弓有傷否。如有則用剪鑷。或脊骨扁剪。或以海氏鋸 Heys' saw　除去之。此時可見脊腦衣後面。醫者照其所見之情勢而治之。茲所言之割法。乃爲脊腦受傷所用者。若爲他故用之。則詳於下文第二十五章。醫士宜切記者。若脊腦已全斷。或一段全壞。則不能復癒。故若確知脊腦橫斷則無庸施割術。若傷後日淺。反應全失者。此似證其爲脊腦橫斷矣。然亦有不盡然者。如司動司覺全癱。深反應亦久不見。雖淺反應仍存。割之亦無益。　凡深反應仍存者。乃表明其脊腦雖傷非橫斷也。如此不妨割治。因可望其獲效也。

初起時不能確定其癱狀。是由脊腦受震。或流血。或骨壓而致。所幸此等病。能久待割治。而無妨碍。因曾有此等病。受傷數月後。始行割治者。亦能痊癒。故醫士若未確知其可割而久待之。亦於例無

碍也。然有病者。醫士未能確定其受割必獲效益。故割與不割。須在醫士之善爲審察。亦在病者之强弱也。除此未能確定其可割者外。將可割者詳論於下。(一)在第一腰椎之下受刺傷。或骨折。及骨離位者可割。因此處無脊腦。祇有骶腦經根。故治之有如治腦經之一根耳。(二)獨傷椎弓。而弓陷入者。(三)在項處受傷。而項椎兩旁離位。如未臨死。亦可割治也。(四)傷後隔許時始顯癱狀。無論其發炎否。若係血或炎液所壓而癱。割之或有裨益於病者。至屬脊腦橫斷而炎。則不可割矣。(五)如經數日已成瘢痕縮緊而環壓脊腦。或脊腦衣。或因接骨質過多。顯有脊腦被惹與癱之病狀者。若用割取脊骨扁術。可有就痊之望。

第二十五章　脊柱症

DISEASES OF THE SPINE

脊缺又名脊椎披裂

SPINA BIFIDA

脊缺　即嬰兒脊柱後壁有一部份舒長不全也。或兼及脊腦與脊腦衣亦如是耳。　凡醫士須知脊腦乃由胚原膜外層之胚腦槽邊舒長。漸轉合而成脊腦中管。管內有膚作裡。　其脊腦所蓋之皮漸離脊腦者。因胚原膜中層向內舒長。而成脊椎及脊肌與筋帶。各脊椎成骨時。乃由三生骨心而成。其一成脊骨體。其二成脊弓之左右兩扁。又有數骺。成脊骨體上下之二骨片。及橫峯與後峯也。　夫脊缺有四要類如下。

(一)**脊腦凸脫**或名脊缺性腦露突 Myelocele　此患乃由胚腦槽未曾生合而致。其狀係在腰骶相接處露有平面鮮肉。即脊腦之凸出而鋪於外者也。其上端通於脊腦中管。如此之嬰必死。如初生時未死。越一二日亦必死。

(二)**脊腦衣凸脫**或名脊缺性腦衣露突 Meningocele　第二百六十三圖　此患有腦液將脊腦衣凸出脊柱後壁之欠缺處。惟脊腦與腦經仍在原位。此種非常見之患也。

(三)**脊腦並衣凸脫**或名脊缺性腦共衣露突 Meningo-myelocele　第二百六十四圖　此患乃因有液生

第二百六十三圖

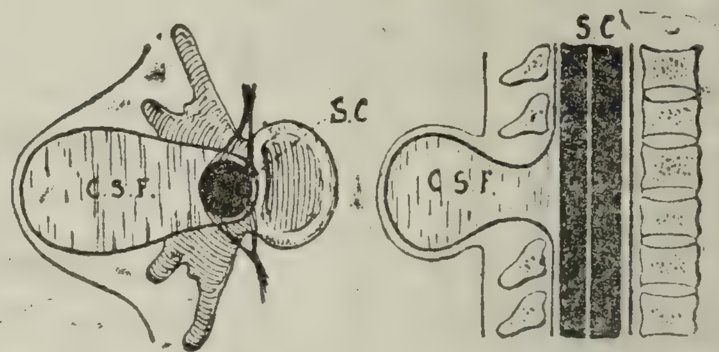


Fig. 263 HORIZONTAL AND VERTICAL SECTIONS OF A SPINAL MENINGOCELE

S. C., Spinal cord with nerves passing through intervertebral foramina ; C. S. F., sac filled with cerebro-spinal fluid.

脊缺性腦衣露突之橫切及直切圖

S.C. 脊腦及腦經通過脊骨間孔 C.S.F. 滿盛顱脊腦液之囊

第二百六十四圖

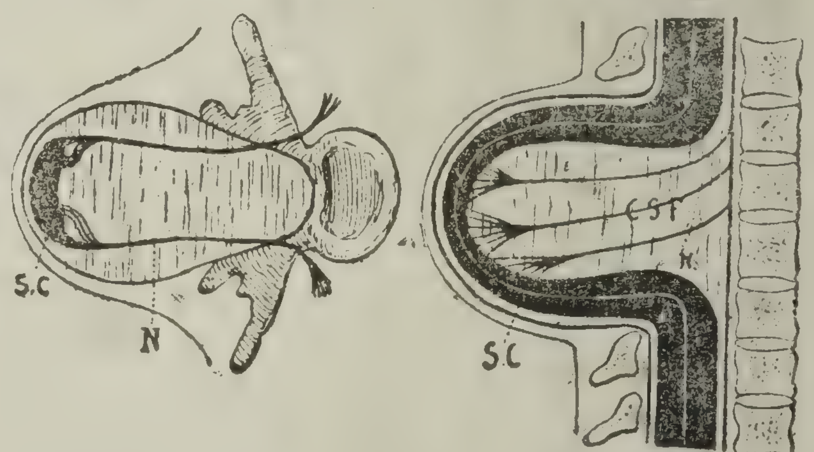


Fig. 264 DIAGRAM OF MENINGO-MYELOCELE

S. C., Spinal cord (black) : C. S. F., sac filled with cerebro-spinal fluid ; N., nerves crossing the sac.

脊缺性腦共衣露突之橫切及直切圖

S.C. 脊腦(黑色) C.S.F.滿盛顱脊腦液之囊 N 橫過該囊之腦經

於腦衣內。將腦向後凸出成囊。致腦衣與皮粘貼。且骶腦經羅循此囊之後壁、垂下如帶。並有腦經橫過囊中。而穿出椎間孔。

(四)脊腦中管凸脫或名脊缺性腦中管露突 Syringo-myelocele 第二百六十五圖 此患由脊腦中管痕。管後部仍與皮粘貼。因胚原膜中層舒長不全故也。脊腦經環繞囊壁。而入椎間孔。此種患多顯司營養功用受累之病狀。 此四種中。最多見於活嬰者。係脊腦並衣凸脫也。然有謂第一種爲最多。

病狀 凡脊椎缺之顯狀。明而易見。乃有瘤凸於背之中線。多在脊柱下截。第二百六十六圖 其瘤或有好皮蓋之。惟其皮甚薄而透光。每有小血管鋪於其面。壓之其囊畧小。而前顖門脹起。且嬰若咳或喊則其囊搏動。由此則知囊所貯者。乃顱脊腦液也。夫脊椎之不全。有顯狀可據者。因捫其囊廉。有脊

第二百六十五圖

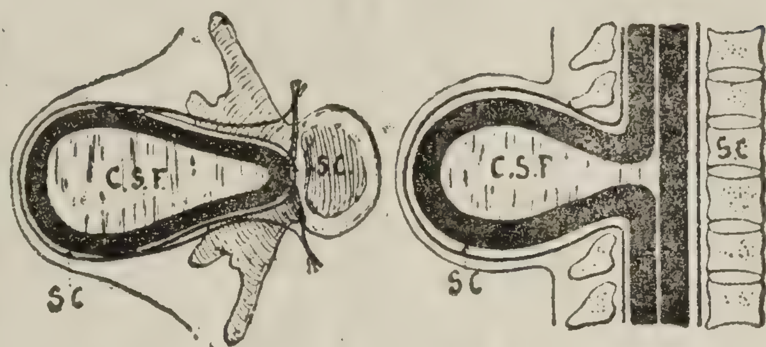


Fig. 265 DIAGRAM OF SYRINGO-MYELOCELE
S.C., Spinal cord with central canal dilated (C.S.F.) to form the sac; the cord has purposely been represented thick; it should really be thin, stretched and atrophic. The nerves are represented passing round the sac.

脊缺性腦中管露突之橫切及直切圖
S.C. 脊腦及其痕大之中管(C.S.F.)共成囊圖中之脊腦形特別畫爲粗大其實則應細而伸長且枯囊之周圍有腦經通過

椎邊在也。兼有數種之畸形同時呈顯。最多者乃腦房痕及癱致之畸足。且此二畸形。又最常見於脊椎缺之中管凸脫者。久之則起穿足性瘍。及趾骨强直。並有司營養功用之病狀顯焉。

診斷　甫見而知者惟在項處。若有小而緊之脊椎缺之腦衣凸者。則難以辨別也。可用X光線查之。以辨其脊有缺否。

判症結局　視所蓋之皮之厚薄。若係脊缺腦與衣並凸者。其皮頗薄而嫩。其囊易破。則顱脊腦液忽然流出。或越數日染膿性腦衣炎以致死亡。　如脊缺不甚大。所蓋之皮未壞。皮下之肌亦好。如此之嬰。或能長至成人。惟其司營養功用不能如常。因脊管中或無脊腦。故於此處生痣腑以代之也。有脊缺之腦衣凸脫者。其凸脫處之孔甚小。迨後脊骨生大。其孔漸逼而窄。壓緊囊蒂而瘉。

治法　脊椎缺症。難以割法治之。最佳者乃設法罩護。免其受傷。若囊漸大。勢將自破。則須趁其未破時割治之。於其囊皮之最薄處以針刺之。令液流於防穢包料中。或在囊下好皮處屢以針刺之且壓之。如患非重。或能痊瘉。然用針刺射藥法更見功效。所射之藥方列下。用氣十厘。Iodum .65

第二百六十六圖



Fig. 266 LUMBO-SACRAL SPINA BIFIDA OF MENINGO-MYELOCELE TYPE IN A BABY

嬰兒患脊腦並衣凸脫樣脊缺

gm 鈲氯鹽三十厘。Pot. Iodid. 2 gm 甘油一兩 Glycerin. ad 28.5 cc 和勻。先放液少許。再以上藥一量錢。或半量錢射之。(2—3½ cc) 於是其藥在囊漸行散佈。而其效只行於囊內。或其隣近處。故勿使嬰兒搖動。勿平身而臥。既射藥後。其所刺之處。必時有滲漏。則須以防穢裹布緊裹。有時須再射。或至數次。

凡用割法。最多者係脊缺之腦衣凸脫症。但嬰兒或有司滋養功用之病狀者。則恐難忍受也。其割法。乃在囊之中央開一口。若該處有脊腦。則宜從囊之右側或左側割之。割時宜令嬰兒低垂其頭以防腦液流出。後則割去其所凸之腦衣。但於未割之先。宜縫或縛其囊蒂。後再將脊柱肌縫合以護之。更將皮與皮下膶縫合。若脊腦與囊後皮粘貼。可從脊腦兩側割離。如不能割離。可將帶皮之脊腦。推入脊管之中。於是縫合其腦衣。再縫合其肌。並將其皮縫合以蓋之。凡例合施此割法者。其效果實有可激勵醫士之志也。

隱性脊缺 *Spina bifida occulta* 此乃脊椎後部缺。而脊腦與衣未曾凸出也。該處之皮或似瘢痕。或多生毛。有時或生脂瘤。漸長向內。致脊腦被壓。或漸長下垂。致脊腦被牽。而顯截癱之狀。如無瘢痕

與毛及瘤三者。可不必理之。苟有腦經病狀顯出。則須施探察剖術矣。

先天骶瘤 CONGENITAL SACRAL TUMORS

凡脊骨末處胎生一凸。名曰先天骶瘤或骼瘤。 此患多由胚腦腸道而起。胎時胚之腦管與消化道管相通。至胎肛門與消化道相通時。則腦與消化道管相閉。但亦有不閉者。則在骼骨尾皮成一性凹。或瘤。其瘤有二類。

(一)皮胭袋瘤 Dermoid cyst 瘤內有膩質及膚脒。平常或有毛一束。此瘤多生於骼肛相連之中。凸於骼後。或入肛內。其毛從肛外垂下。在英醫院曾治一月之嬰。見其骼瘤與脊腦衣相合而生。既割之則流腦液也。

(二)先天腺瘤。 Congenital adenoma 此瘤生於肛後。以顯微鏡觀之。乃立方膚脒及連胭所成之窩形瘤。舒長甚大。惟不惡耳。更有他瘤長於此處。然甚罕見。茲不詳述。

脊柱炎症 INFLAMMATORY AFFECTIONS OF THE SPINE

(一)急性骨髓炎 Acute osteo-myelitis 此患乃非常見者。見之約在青年人。脊柱能動之處常受累及。其原因與他處急性骨髓炎同。乃因受輕傷後該處被膿稃所染也。其特狀。乃背之一處甚痛。身

體發熱。但不顯畸形。此因腡死甚速。而非漸壞也。此病一起。不久即必生瘻。最可慮者乃其炎散佈於脊腦衣。則性命難保矣。　若炎已散佈而起加雜病。其結局不佳。如不早割開以放出其膿。則無他法可望矣。欲去其死骨。從脊椎後取之最易。至欲從脊椎前取之。惟患在腰及項二處者乃可矣。

(二)脊瘰症 又名脊癆 Tuberculosis of the spine or Spinal caries 又名坡忒氏症 Pott's disease 又名角形脊曲 Angular curvature

其患多起於脊骨體。致成曲形。

病原　皆與身之他處瘰症無異。且常見與他處同時而起。患此者勿論男女。多在嬰兒之時。勿論在脊柱之何處。皆能起此。最多在胸處之下段。在頸處者。除小兒外甚罕見之。凡大人患此。多在腰與胸脊骨相接之處。

病體　此症初起。係骨衣炎或骨髓炎。在大人約係骨衣類。但罕見之。所累及之處。乃在一二脊體之前面。隨即循脊前筋帶之下。蔓延至於他脊骨。並累壞骨間扁。　患骨內類者。最爲多見。在小兒約即係此。其瘰粒先存於鬆骨中。挨近脊骨體之觧片。致該處之骨腡。變軟而壞。其脊體之前部受累較甚於後部。故易成畸形。然少有腦經受累之狀。所成之畸形。多爲角形。因脊骨體被身之重量所壓。或被肌縮。致顯塌陷也。或因病者久臥。致脊體前生肉芽腡而癒。後則成爲縮瘢而不伸也。此患並漸累及其上下截之骨體。乃先壞骨間扁。而後侵至骨體。或由筋帶下散佈甚濶。以至廢壞全脊骨體。第二百六十七圖　尋常骨間扁廢壞較甚於骨體。如此脊曲後凸之畸形。則作彎弓矣。然有時

數處齊發。骨體成癬而不全壞者。亦有祗壞二骨相連之體。及其間扁者。此則於其骨外衣無甚關係也。此類常在腰處。因此處之骨體較大。有餘地以容其膶變硬。或有死骨片。凡大人患此而有死骨片者。非異事也。第二百六十八圖　其見瘉也。乃脊骨塌陷。互相接連而成强直。遂變成畸形。以致脊骨病原處不能動。此雖不能謂之全瘉。然能得如此效果。亦不爲不佳矣。該處所生之新骨。極爲堅實。其骨質互相連合。或脊體與扁亦連合。若僅有此病而不生膿。則爲吉兆。然有時其病原處生瘫。此乃危險之事也。有時瘰穿脊骨體而侵入脊柱後筋帶。以致成癱或顯他病狀者。此因脊腦被壓而然也。　此瘰患罕有從脊骨之左或右起者。若如此。則其所現之畸形亦偏於左或右。至從脊弓後部起者。尤爲罕見。　此患在項上處者。初起多在大關節處。即頫骨接卯骨之間。或卯骨接樺骨之間。其初祗壞一側。隨漸及骨體。由是更延至他關節也。至於特別之狀。俟下文論之。

第二百六十七圖

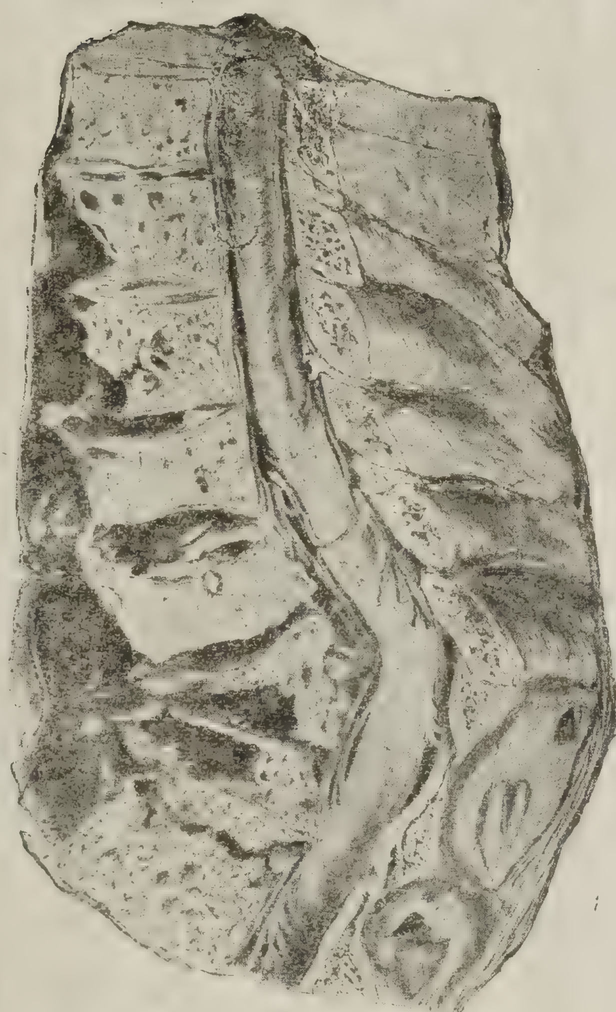


Fig. 267 TUBERCULOUS DISEASE OF SPINE SHOWING DESTRUCTION OF BODIES OF VERTEBRAE AND ABSCESS FORMATION BENEATH THE ANTERIOR COMMON LIGAMENT

圖症瘰之脊
瘫成下帶筋前及壞破之脊明表

病狀

脊骨瘰症所顯之狀。視乎其起在何處而異。可分五類論之。

(一)疼痛 Pain

凡患瘰症者常有之。惟初起則痛狀不甚顯。須詳細察之始覺。其痛有二種。乃患處與遠處是也。　患處痛平常尚不甚重。若捫之或扣其後峯。或壓其橫峯而互扭其脊骨體。則痛始顯。若俯屈脊柱或扭側。與擊其顱或臀。亦必痛也。　遠處痛乃因腦經出椎間孔時被壓或被惹所致也。故凡腦經所至之處皆痛焉。如患在腰處。則腿痛。在胸接腰處。其痛循背末腦經。直至腹下或臀處。在胸下截。則於腹上處覺痛。故小兒無知。每日言其肚痛也。若患在胸項處。則臂痛。

第二百六十八圖



Fig. 268 TUBERCULOUS DISEASE OF TWO LUMBAR VERTEBRAE SHOWING SEQUESTRUM OF THE ANTERIOR ASPECT AND LATERAL THICKENING PREVENTING ANGULAR DEFORMITY

二腰脊骨之瘰症圖
表明骨面之死骨片及側面之增厚阻止脊曲

(二)脊柱强直 Rigidity

凡有脊瘰者。其脊常强直。因當症之初期患者甚畏其痛。不敢少動其患處。蓋動之則其肌硬痙也。患在脊柱下截者。其人常畏俯拾與仰攀。如有物在地。欲俯拾之。必挺其身而屈膝與髀關節。漸漸坐低而拾之。及起立時則雙手緣下肢而起。倘欲知小兒在胸與腰相接處有强直狀否。查時宜置小兒伏臥。持其踝節將下肢提起。左右擺動。如無强直患。則當提起下肢時。其脊柱彎曲。可至六十度。其左右彎曲。可至三十或四十度。若係脊骨

瘰者。則持踝節提起下肢時。必並起其貼於席之胸。如項骨有此患。則病者不敢轉動其顱。必用斜方肌及肐髃顳肌以聳其髆。每欲左右顧時。以手托其頦而扭其身。乃可顧也。 此患之後期在將瘉合時或已瘉合時。其脊柱必顯强直之狀。此狀乃因新骨使脊骨連合爲一而然。有脊柱他段補償其動。故强直之狀隱晦。

(三)畸形 Deformity 凡患脊骨瘰而自瘉者。幾盡有畸形。但畸形之甚與不甚。關乎若許之事。其最要者。乃視乎脊骨受累之多寡也。若只二脊骨受累。則其背或可成角形。因上脊骨體塌下。與下脊骨體相合而成一楔形塊也。迨後患處之上下脊骨畧改原彎。而病者之身乃能直立矣。若有數脊骨受累。則其脊柱不成角形。乃向前彎。而所成之駝最爲顯然。(第二百六十九圖) 若在腰處。有時失其原來之弓形。其脊骨體一直上疊恍似立柱然。在項處亦有失其向前之弓形者。惟不如腰處之甚也。若在腰處只二脊骨受累。其脊柱則不甚顯畸形。因其患只在骨之中央。而不在骨之兩旁。故脊柱之原形不改也。若脊柱有凸出之畸形。其最顯者。乃下脊後峯也。若在胸處。每累及數脊骨。故其畸形甚顯。

第二百六十九圖

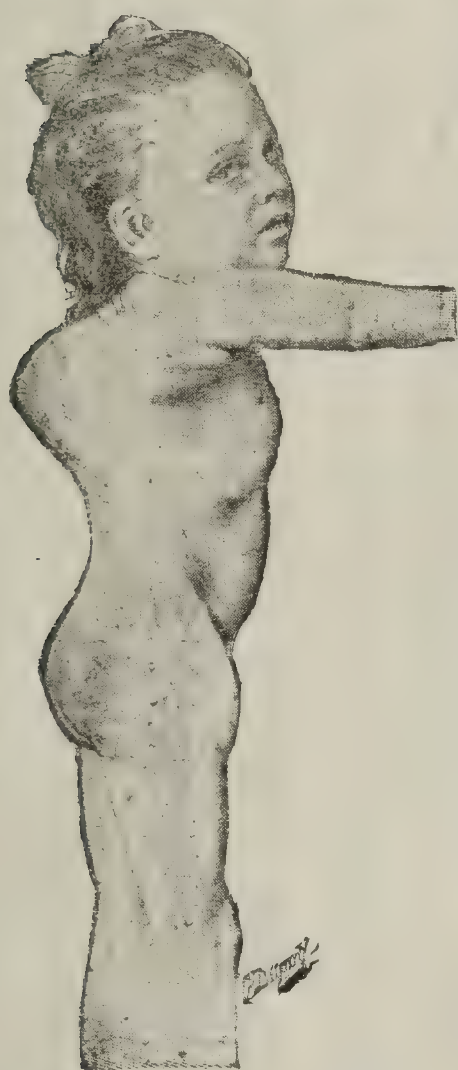


Fig. 269 ADVANCED TUBERCULOUS DISEASE OF SPINE IN DORSAL REGION

胸脊之晚期的瘰症圖

因胸脊後峯斜而長。故易顯凸出之形也。若在項處。因該處之脊骨甚小。故尋常無甚畸形。惟累及數脊骨。則其頭必俯而向前。且胸與腰之脊柱。亦必改其原彎以補償項處之缺。然項因瘰症而顯歪形如項歪症者。亦不少見也。

若胸脊骨瘰甚重。其胸之原形亦顯改變。肐骨凸前。因胸膛之高度減少。藉此以補償其缺。其肋骨排列甚密。以致肋間不顯。然其浮肋仍在原位。惟第十肋上移。致該處顯一橫槽。如此者。必於其生長有碍。致身成爲矮形。故又名爲駝背。

(四)瘴 Abscess 此乃脊骨瘰最危之結局也。其瘴甚深。有時長至甚大始知有瘴。雖知之。亦甚難治理。因其病原在骨內也。若染膿稚甚非佳兆。或致死亡。小兒患此較多於大人。其膿積於脊柱之前。筋帶之下。(第二百七十圖)因膿之漲力。故筋帶易與骨相離甚遠也。膿既穿破筋帶。則流至脊柱之旁。其所流之方向。乃在乎脊柱何截受累也。 若患在項處。必先成慢性喉後瘴。致喉之後壁凸前。開口觀之。則見如瘤。按之有動浪。嚥物艱難。且阻其呼吸。或嗓口痰腫。若不理之。瘴或破入喉處。致小兒氣窒而死。或因之被染膿稚。而骨患更劇。多有其膿流至頸後三角處者。因膿被脊前筋膜導之循大血管與肐髃顳肌後而行至頸旁也。間有其膿穿破筋膜。至頸前三角處者。或向下流至胸膛。或循臂腦經羅而至腋處穿出。

胸脊瘴初起亦於脊前。與起於項處者無異。其膿多向後流至肋骨之脊端。名曰背瘴 Dorsal abscess

第二百七十圖



Fig. 270 LUMBAR ABSCESS RESULTING FROM TUBERCULAR DISEASE OF THE DORSI-LUMBAR VERTEBRAE

腰瘇之由胸腰之瘰症所致者圖

第二百七十一圖

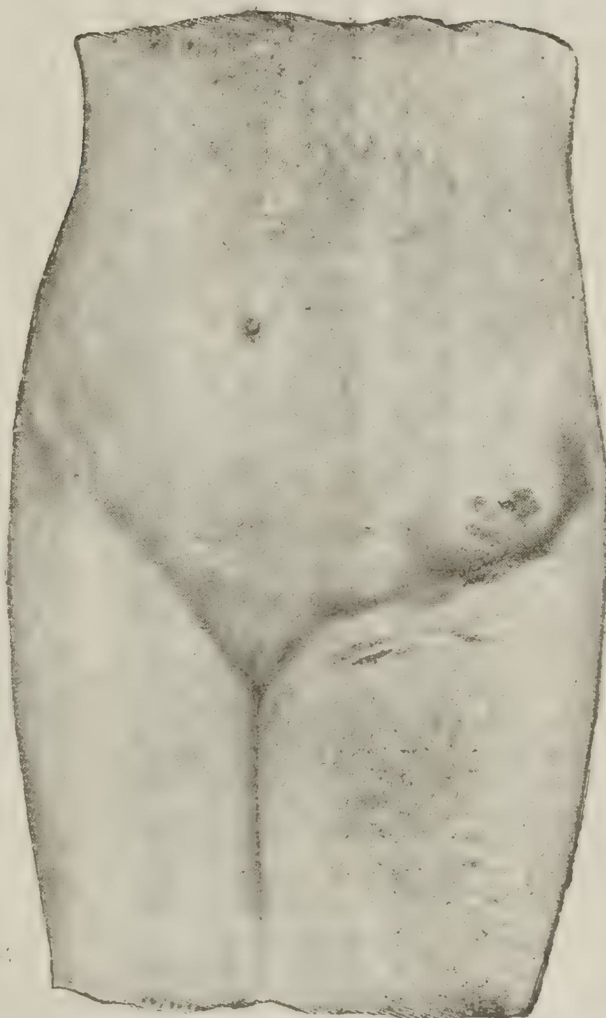


Fig. 271 PSOAS ABSCESS POINTING IN THE ILIAC FOSSA SECONDARY TO DORSI-LUMBAR DISEASE OF THE SPINE

胸腰脊瘰症所致之腰股肌瘇在髂凹處將穿出

該瘇每於脊後峯相距三四寸處凸出。咳時則傳動浪於該處。有時膿向前行。循肋間前動脈之皮。枝向皮面而穿。如此或致肋骨亦起瘰症。或令其骨癤。或骨死。或單處起膿胸。若胸下截脊椎有瘰。其膿或下延。至膈之弓筋帶下。而於腰股肌鞘處成瘇。此名爲腰股肌瘇。

Psoas abscess

若起在腰胸脊椎相接之處。則能成腰股肌瘇或腰瘇。腰瘇（第二百七十圖）起於腰後。其膿循該處之血管後枝。及腦經之後枝。流至舉脊肌廉。而入腰三角處。則現於皮下。（腰三角處乃腰廣肌及腹淺斜肌相隣之處）如瘇緊張。咳時則

傳動該處。且捫之而有動浪。腰股肌瘅居腰股肌之鞘內。其膿浮於肌絲上。或致肌絲廢壞。當未成瘅之先。其肌每有痙攣之狀。致腿不能舒伸。少息之則癒。若病仍進行。則能於腹後深處。捫有稜形塊。此塊漸大。其膿則延至髂筋膜下。而於髂凹處成一球形瘤。第二百七十一圖。厥後其膿循髂脥筋帶下。至股總血管之後外處。因該處甚窄。致瘅成頸形。又後其瘅在股總血管鞘後處漸大。將該處之血管推向前。致靜脈因壓而扁。膿復循腰股髂股二肌腱。流近股骨小凸處。而入闔肌間。致大腿內側腫起。漸至股孔大血管內處。現於皮面。或致誤認為股疝。間或其膿從股內彎動脈之幹。流至股骨頸後。致大凸之後處腫起。間有從他處流者。而在踵腱廉處穿破。然甚罕見。又或其膿不循髂脥筋帶下而流。乃經過盆內。以致穿向骶肛穴。或骶骶大孔也。腰股肌瘅最奇特之狀。乃延髂脥筋帶上下。成一雙房之囊形。如壓腰葫蘆。若壓其上房。則下房可捫有浪動。咳時。亦有動浪傳至髂脥筋帶之下。

瘅之初起。全身之病狀大約甚輕。未有血白脒增多之狀。但夜間温度畧高。若膿稽已入瘅囊內。則病狀乃加重。迨膿將近皮時。病者覺痛。因膿欲穿出。而軟䐃緊張。且被激惹。致人起潮熱之狀矣。

(五)腦經病狀 Nervous symptoms 凡患脊瘰症。而顯腦經病狀者。計十三人中有一。其故多因患久而不理所致。非關其脊甚曲也。亦有因瘰炎致脊軟弱而折所致者。但少見之。多因瘰患向後侵入。漸散至脊椎後筋帶下。使該處生瘰質一疣。或瘰患穿過筋帶。而壓脊腦於脊骨扁處。致累及腦

筋衣也。亦有因瘴延入脊管。壓其脊腦者。若放其膿。雖距原病處畧遠。而病狀亦退矣。

夫病狀之輕重關其瘴所壓之緩急。壓之急者。能令脊腦起畧急性炎。但起慢性硬性者最多也。於是脊腦被瘰質收窄。或凹入。或小於常。且堅實異常。其色畧白。若脊骨離位。或有忽流血之患。其癱狀必忽現出。然甚罕見。多由漸而致之也。且多累及隣近胸部第八脊骨。累及項腰二處者罕見。因項處有容脊腦之餘地。腰處則分爲骶腦經根。故皆不易壓也。

脊腦被壓。與腦經根被惹或被壓。其病狀各異。腦經根被壓者。其所司之處皆痛。至後期或失感覺。若僅司動腦經弱。此由其前根被壓也。脊腦被壓者。則司動之病狀較多於司覺。此因司覺徑近於脊腦之中央。得所保護也。初起時。腿覺失力。脚趾拖行。腦經亦痛。胱肛環肌之功用微弱。反應過敏。有時肌畧痙縮。久之全癱。後則脊腦變壞。致肌顯繼發性收縮及强直。而反應亦減少。膀胱之功用全失。而有遺尿之患。或其尿依時而出。不受人志之節制。又或滴瀝不休。不關乎胱滿或空也。

若病在上項處。其危險更甚。或致人暴亡。若在項第一二骨患瘰。多起於卯骨關節之左或右。倘其關節頽壞。則頃刻間能令人死。乃因其煩骨推前而離卯骨。致立壓其脊腦。或漸壓脊腦也。有時瘰患延至卯骨體。令其樺樞脫離。或橫筋帶斷。此二者皆能令顱倒垂於前。致壓延腦而亡。

症程及結局　倘不治理。其患漸重。骨愈腐而成瘴。如初患時善治之。可望脊柱成强直之癒。若已起瘴。須久臥於牀。或能被唻而散。所遺之流質漸乾。而變如油灰。後或有膿穉侵入。復化液體。則

成舊迹瘻。Residual abscess 如其瘻自破。或被割而染膿秽。則顯慢性血中毒之狀。嗣後因膿常流不止。遲早必致其力耗竭而死。苟善理之。以防膿秽侵入。則瘻或可痊癒。更用善法護之。俾脊柱不動。其骨或能再成堅實。縱已顯截癱之狀。苟令其久息於牀。其癱狀亦可漸癒。至於所有之加雜病。如膿性膀胱炎。及臥瘡等。若不治之。或能致死。間有瘰症累及脊管而起腦衣炎。亦能令其速死。患脊瘰者。亦或能兼起黍形瘰症。與身他處瘰症之起黍形瘰症者無異。即起於肺、顱腦、腎等處。但患脊瘰者。雖經如是之危險。苟初起時治之合宜。其症亦能痊癒也。

診斷　患脊癆者。若有畸形。則不難診斷。但初起時畸形不甚顯。脊骨又未離位。祗脊後峯略凸。致人或認為嬰兒骨軟症。至患處痛甚者。恐誤以為脊腦之腦經痛。或肋間腦經痛、腎痛及痺症是也。脊瘤、如疽、袋帶虫袋瘤、癯症、及動脈囊蝕骨等。皆與脊椎癆之狀相似。故在大人患此。若僅賴單處之狀。恐不能決其為何症。惟詢其病歷。及以X光線查之。或可辨明。然醫士屢憑其起止病期。及藥效何如。以為診斷。但須查脊之前後。並按其脊橫峯覺痛否。及察其背強直否。此為脊癆宜注意之狀也。

單處治法　為使患處成適宜之連合。其最要者。乃使患處不動。並免身之壓量。且用法以防脊柱成為畸形也。欲獲此效果。可按下法施之。

(一)使病者仰臥。勿用枕。以被單覆其腿及軀幹。再用沙袋置於身之左右。及兩腿之中。亦可用法

牽伸之。即用前所論之皮帶托其頦與頰。托頦之帶。從頦斜經耳上。繞至顱後。托頰之帶。從頰斜經

第二百七十三圖



Fig. 273 THE SAME WITH THE CHILD IN POSITION

斐勒司氏箱之用法

第二百七十二圖

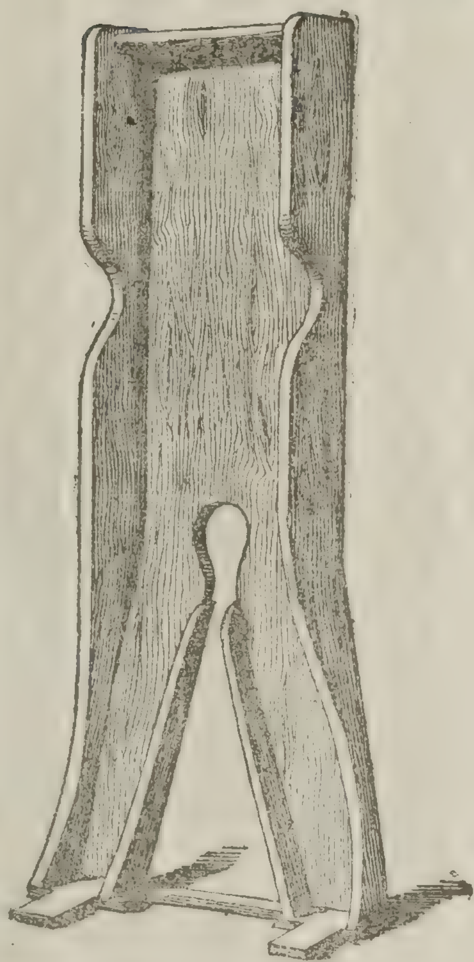


Fig. 272 PHELP'S BOX WITHOUT PADS

斐勒司氏箱

耳上。繞至頭前。復以一繩繫定二皮帶於耳上相接處。並以重物墜牽之。若係小兒。所墜之重物不過三磅。則可令其肌倦而免成畸形。並宜令小兒久臥於牀。最少亦須越六月。必俟其痛全無。始可起牀。起牀後。須著石膏或氈或革背裌至十分痊癒為止。

(二)治小兒脊癤以斐勒司氏箱 Phelp's box 為佳。該箱深六寸。下半截適如兩腿。中開一孔。以通糞尿。第二百七十二圖 箱內四週實以棉花。置小兒於箱內。外以帶裹之。第二百七十三圖 用此箱須越六至十二月之久。如此作法。無論置小兒於何處。其全身皆不能動。苟欲牽伸其顱與足。則以庫秋帶為之可也。曾有數人將此法畧加變通。為牽伸

其脊柱免成畸形也。

(三)治極幼之小兒。可用妥馬氏之雙夾板。但其頂上宜作一合宜之架以托其顱方可。

(四)在小兒患瘰之後期。可用此石膏背裌。Plaster jacket 在大人雖可早用。然不可用於病之急期。

第二百七十四圖



Fig. 274 PLASTER JACKET APPLIED FOR TUBERCULOUS CARIES OF UPPER DORSAL SPINE ; ILLUSTRATING FIXATION OF THE HEAD AND NECK BY A COLLAR AND METHOD OF LIGHTENING THE JACKET BY CUTTING OUT A PORTION

石膏背裌用以治瘰性脊癧者有領子使頭及頸固定不動及剪去裌之一部份以減輕其重量

若患在胸處。其背裌須從腋起。裹至髂上廉止。若患在胸中處以上。其背裌必有一領。以免其頭搖動。第二百七十四圖 先將身上截之衣服除去。至腰際止。又著以絨織背裌。其濶窄宜適合身而緊箍之。用帶作十字。掛於二肩。免其背裌褪落。又用墊或重摺大巾。墊其腹上。因食後其腹畧脹。故須預爲容地也。至婦女則墊其乳房下以護之。作石膏背裌法。用粗蔴布作帶。以石膏塗於上。塡實布眼。作成捲。迨用時。將此捲帶浸於鹽水中。或明礬水中。俟浸透拈起。纏於所著之絨織背裌上。從上至下纏至五六層。於是以石膏漿。照第二十章末頁所言之法糊上。其厚薄可隨意爲之。當石膏未乾之先。須將項盈二處按之密合。俟所

糊之石膏全乾後。始可移換病者位置。若患在腰處。作背袂時。必令病者平臥。若患在腰以上。必令病者之身直立。方可其最妙者乃用一籠頭套其頭。將病者懸於三足架上。使脚趾將及地爲止。背袂作成。有關重要之處。則增其堅力。有不關重要之處。可剪去之。凡用石膏背袂者。宜至疼痛及急狀已過。方可換氈背袂。

(五)近今外科士治脊瘰時。每不喜用石膏背袂。而喜用撐背器。其式甚多。最便於用者爲退羅氏 Taylor 所製。其製法於此不能盡述。僅簡畧言之。第二百七十五圖

乃用二鋼條豎於脊後峯兩側。與背之原彎恰合。下端亦用一彎形鋼條。條之兩端與骶骨之中央相平。用二帶由腿之中間穿過。繫於背袂之前面。其上端亦用一彎形鋼條鈎於兩肩。至髃骨爲止。亦繫於背袂之前面。此撐背器之前面。乃用獸革一片。護於胸及腹之上半。第二百七十六圖用帶及帶鈎。與背面之鋼條鈎連。且在患處脊最凸之處。用一合宜之墊。墊於兩側。亦與鋼條連之。此墊即爲鋼條之壓點。以防脊成爲畸形。兼可轄制胸脊向前移位。而畸成愈甚也。若患在項或項胸處。其撐背器必另加一領。並一豎鋼條。以輔其頦不下俯。頭不搖動也。

施行以上諸法。宜以美食滋養身體。及服補藥。並宜常居屋外氣清之處。以海濱爲佳。如其疼痛與激惹全消。方可令其行動。但須再越十二月。始可除其輔具也。

慢性瘰治法　治慢性瘰頗令醫士作難。因瘰破後。必須經久始能合口。若被染膿稭。愈難獲良好之結局。其總治法。已論於前。

喉後壁瘰之治法。常在頸處開之。詳見下文三十章。

胸腰及腰

第二百七十五圖

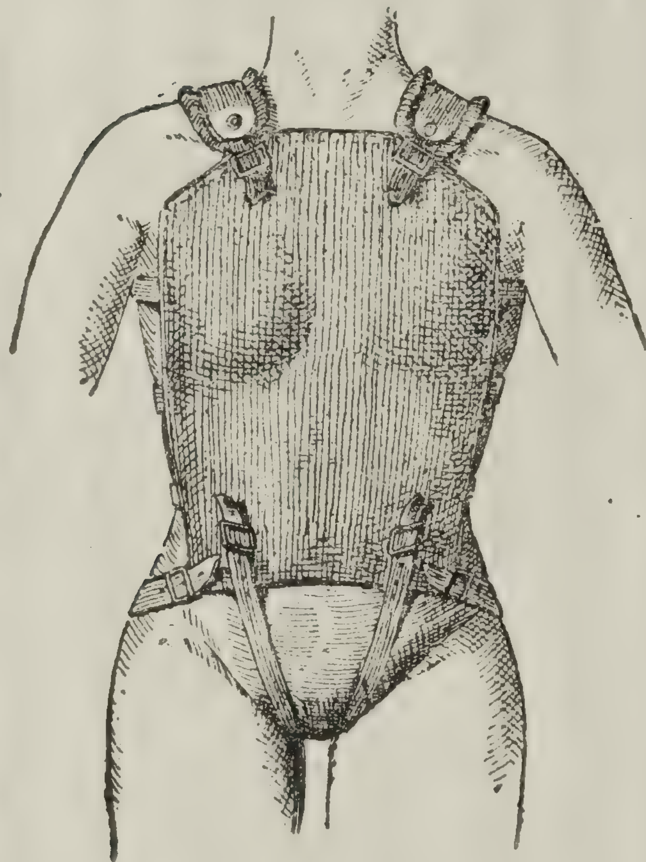


Fig. 275 TAYLOR'S BRACE (BACK VIEW)

退羅氏撑背器（後形）

第二百七十六圖

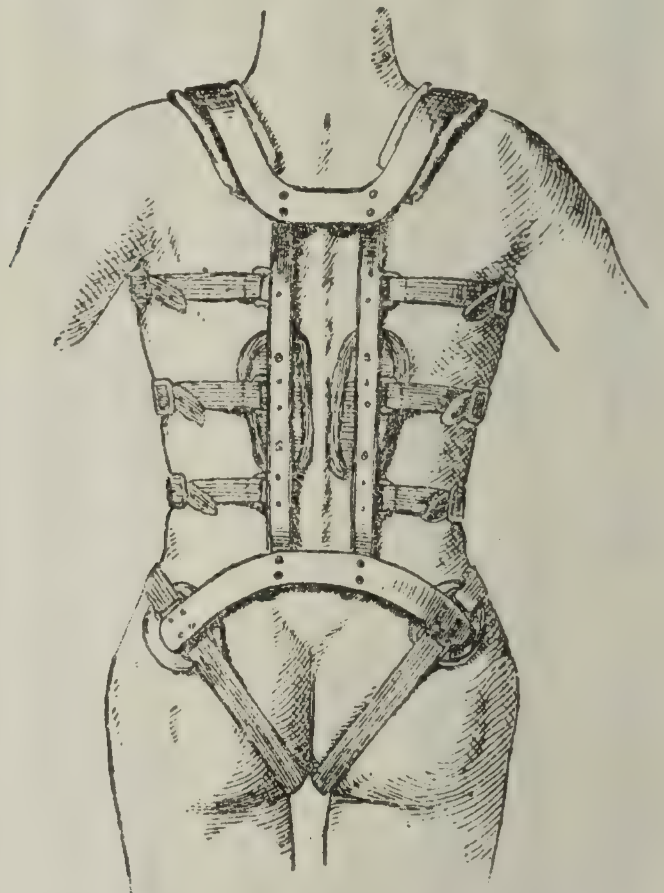


Fig. 276 TAYLOR'S BRACE (FRONT VIEW WITH LEATHER APRON APPLIED)

退羅氏撑背器（前形）及皮製護布

股肌等瘴之治法。須用無穃大套針刺之。以放其液。灌溉瘴囊。射以黃氣藥勻。後縫合其口。不必用引流法。有施放液術一次即瘉者。但其人必壯健。而瘰非係急性者也。若瘴內復生液。須再施此術。或至二三次。有時瘴液隨套針所入之路而出。致令其成瘺。須日用防穃之敷料始能成瘢。刺腰股肌瘴。其最佳之點乃在髂前上角之內。先少割其皮。再將套針刺入。未割之先。須確知大血管及小腸不在此處。方可刺之。倘瘴於髂胦筋帶下近股孔處有欲穿之勢。須於此處刺之。倘其股血管畧離本位而鋪於瘴囊之面。則須留心。勿誤刺其股靜脈。曾有醫士誤刺之也。　有醫士割開

瘻後。喜用巴克氏之灌溉匙刮之。雖能刮盡囊內所有之廢物骨碎及瘻內之瘰膿。但恐日後有成瘺管之患也。然余不喜此刮法。因割口易染瘰質。且易成管瘺。若按以上所言之治法。似較勝於此也。若腰股肌瘻。由腰脊骨而起。有可由腰後開其瘻囊者。但須循舉脊肌外廉。豎割至脊橫峯對向處。復割其筋膜及腰方肌。則易割至其膿矣。用此法之益。不但可察其脊體。亦可刮淨患處。並取出其死骨片。

截癱治法 Treatment of paraplegia　脊椎瘰所致截癱之治法。即使病者安臥不動。並用牽伸法牽其兩腿。惟所壓之處易生臥瘡。故須悉心理之。如小便艱難。須按定時用放尿筒放之。其筒愼爲防穢。免起膿性膀胱炎。當插放尿筒之先。須洗潔其陽莖與尿管。迨尿放後。又復洗潔。以無穢布包之。至放尿時始開。欲去脊腦受壓。宜施割取脊骨扁術者有四。（一）有膿性膀胱炎。或深臥瘡。而慮其死亡者。（二）臥牀已久。其病狀仍不少減而增重。且速起截癱狀。致疑瘻穿或骨離位者。（三）其人久患此症。而截癱狀遲發者。此因脊腦衣外胸成瘢所壓。（四）其瘰患僅延及脊骨弓者。

（三）脊癨症 Syphilitic disease　此症乃於脊骨體之骨外衣起癨瘤。非常見之病。其狀恍似瘰症之骨腐者然。診斷頗難。然稽其症歷。與試以鈑氣則可辨之。大人患之。在項骨者爲多。曾有癨瘤穿入喉內。而咳出碎骨者。辨此者若查有癨之來歷。他處亦顯癨痕。則知其爲癨症矣。治法。以解癨藥治之。及扶托其脊椎可矣。

(四)**痺性脊炎** Rheumatic spondylitis　患痹性脊骨炎者。其病原及其病狀。皆與身之他處患痹症者無異。此患常累及筋網、肌網、或脊關節。凡脊柱各處皆能延累。而最受累者爲項處。致碍其顱動而頸歪。苟不理之。則項椎彼此漸成粘着。以致强直。而顱弗能動也。且該處之腦經甚痛。其腦經根亦顯有被壓之狀。　治法。以解痺藥治之。並扶托其脊可矣。　白濁症亦間或累及脊。其結局與痺性者同。

(五)**畸形性脊炎** Spondylitis deformans　此爲脊柱强直而成駝形之症。常見於老年人。其身彎而漸矮。然於曲身作工者。亦或見之。此症與骨共關節炎大約相似。而身體之改變亦相同。脊柱甚硬而强直。故名爲鐵條背　此因骨間扁被啄。致脊骨體彼此粘着。另生小骨互相鈎牽。且因脊筋膜成骨也。有時甚覺疼痛。然不常見。如果疼痛。則因腦經被惹而然也。其脊受累之處大約甚濶。而駝形甚顯。曾有醫士將此病總分爲二類。其實可爲一類。不過病狀有異耳。(一)此類多累及上項及胸處。所成之駝形不大。其胸變平。肋骨發板。間有脊腦後柱顯變壞之狀者。(二)此類先累及脊之下部份。後則累及髀及肩關節。以上二類。皆能漸累脊柱之全條。終則肋脊關節亦漸受累。由是則肋發板。呼吸之功被阻。致生肺病而死。　其治法與骨共關節炎同。

脊柱瘤 Tumors of the spine　此等瘤多爲惡者。大半係他處疽或疙之子瘤。其不惡者。即肭瘤、骨瘤、袋帶蟲袋瘤等。皆起於脊椎。但亦有原疙瘤起於此處者。最顯之病狀。患處痛甚不止。雖臥牀而痛不減。如此必致速成畸形及截癱也。然亦有不成

畸形者。如患累及腦經根。其腦經必痛。致病者之痛愈甚也。若係大人顯此等病狀。每疑爲惡瘤。倘起甚速。尤疑其爲惡瘤。今尙無治之之良法。若體非十分衰憊者。或可施以探查剖術。

脊腦及脊腦衣瘤 Tumors of the spinal cord and membranes　其瘤所起之處不一。故所發之病狀亦各不同。

(一)脊腦筋衣外瘤。此等瘤最多爲疙或脂瘤。所顯之狀。乃脊腦被壓。致感覺及功用並失。但未顯此狀之先。該處被激而腦經痛。動之其痛甚。間或痛祇在一側。亦見有腦經根多生腦經筋瘤者。(二)脊腦筋衣內瘤。其顯狀乃脊腦與脊腦衣被壓及被惹也。此處所生之瘤。多半爲疙瘤、內膚瘤、筋瘤、癰瘤等。(三)脊腦瘤。即洄瘤。沙瘤與疙等。所顯之狀。即截癱或患處痛或他處痛。或捫之覺痛。此狀或累及身兩側。或只累一側。或兩側畧異。而一側甚覺痲木。一側甚顯癱狀。而感覺過敏。此等瘤若不理之。其人必死。故既斷定其確係脊腦瘤。須施探查剖術。以試其瘤能否割取。然須切記此等瘤有由黴致者。宜於未割之先。令服鋏氣鹽及鋏氣鹽。如此治法。已有成效。然因病者就醫過晚。故雖施術而死數不少也。

(六)**嬰癱** Infantile paralysis　成畸形之脊腦炎。在前十九章已論之矣。茲則僅論嬰癱之脊腦炎。此患確係由受染而起。所疑者果係何類稈爲其病原耳。但在脊腦液內已查有腦衣點稈。及球點稈二類。此患大約起於三歲以內之嬰孩。且在熱道較多於他處。約按季而發。在六月及十月者居四分之三。有時成爲流行病。一家中有時數人同受其染。常受累之處。乃在脊腦前角灰質。即所謂急性脊腦前角炎也。Acute anterior polio-myelitis　其炎能令該處之多極結脿變壞。後則司覺腦經及肌亦繼之而壞。

病狀　乃忽然而起。身體先顯發熱。背頭皆痛。不及三或十日。即顯癱狀。有時全身之病狀不甚

顯然。只覺煩燥不安。即顯癱狀者。其癱之進行甚速。不過數時即至極點。經一或三星期之久。或覺少瘉。其瘉始則忽顯。後則漸行。當顯癱狀之初。結內司滋養所已壞。致該處失其滋養功用。冷而色藍。以法拉兌電流激之則無應效。變壞之應効亦失。因相對之好肌。不與之相配。故成爲畸形。且其舒長之功用被阻。此患累及之處不一。大約多在下肢之下截。所成畸足之形亦不一。或致膝及踝成橈動關節。若累及股。則其內闊肌及四頭肌必癱。若累及臂。則常見三角肌癱。隨則伸肌及肱橈肌亦癱。罕有累及項與面者。惟腹與背肌。或可患之。

治法 此患在初期。宜調理其全身。並潔淨其消化道。因此患約由消化道毒而發也。且宜揉揑其癱肌。及施電療法。更宜用合宜之夾板夾之。使其肌鬆弛。免成畸形。設至後期。其肢已成畸形。或軟弱者。則有數法治之。（一）以器具扶助之。惟不可過重。致礙其肌。施於畸足者。以鐵具置於鞋下。上至膝或至臀處。（二）截腱術。或割斷其肌。或肌筋膜。如爲改某處之畸形。亦可用之。（三）修補腱術。即以無病之腱修補癱腱也。此術間有用之者。有時將肌所附麗之骨。割而上移。以便弛緩之肌扯緊。（第十八章）（四）使關節强直術。節動過多者。用此術最佳。若能購買輔具扶助之。未嘗無益。惟不可過重。苟貧而無力購買。僅用此術亦可。如一肢有二關節軟弱。則用此術使其一關節强直。亦爲有益。其術即割開一小口。以鋸鋸斷其關節䏚。或用刀在骨端刮之。惟須切記癱肢之營養力較少也。（五）截斷術。若全肢皆癱。無法可治。致病者不便者。則須用此術。如在下肢。膝及踝均鬆弱。在膝可

用關節强直術。後則用賽默氏法截斷其足。Syme's amputation 庶得一有用之肢矣。

第二十六章　顱皮及顱之患

AFFECTIONS OF THE SCALP AND CRANIUM

顱皮患 AFFECTIONS OF THE SCALP

破傷 Wounds　有爲利物或鈍物所致者。亦有因傾跌、或鎗彈所致者。顱皮蓋於顱骨上甚緊。有時爲鈍物擊破。如受警察之棒擊是與受利物擊破者相似。最要者。須察其傷之深淺。若僅傷其額顴處之筋膜面。無甚緊要。如傷至絨連網之中處則有險矣。因絨連網夾在筋膜之下。骨外衣之上也。果傷其絨連網。則或有染炎之患。因顱皮之滋養甚好。故該處受傷。少有潰爛之憂。設顱處有巨塊顱皮扯破或痏傷。若以防穢法洗。潔將皮蓋回原處。料不致失其生機矣　夫顱皮盡被扯破者多見於婦人。因其髮長被機輪牽扯所致。其皮由耳上繞眉際撕開。其筋膜亦盡被扯斷。若其顱皮全行脫離。雖復回之亦無益。必用替耳氏 Thiersch 植皮術以蓋其顱骨方可。治法。宜將傷口鄰處之髮剪去。用李司特氏濃防穢液洗淨其四圍。若皮邊有痏。須割齊之。用氯酒滅穢法一百九十七頁以潔淨其顱皮甚善。因可少薙其髮也。後則縫合傷口。所用之線以不吸水者爲妙。如馬尾毛。凡顱皮破處。每流血甚多。此因其網堅硬致阻傷處之動脈縮閉也。且又難以鑷拑其動脈而縛之。故須用針穿入動脈下縫之。以阻其血流。

瘀腫又名**瘀瘤** Hematoma　乃顱皮受傷而其皮面未破也。初生之嬰兒。或有與此傷相類者。此因其顱經過母盆時被壓。成受損傷。或爲產鉗所拑傷而致。　夫顱皮瘀腫有三種。　(一)淺瘀腫。因其在堅硬之皮下腡中。故瘀腫甚小。　(二)筋膜下瘀腫。乃居筋膜下之鬆腡處。被筋膜粘着之處所限定。此瘀腫在顱皮下成濶大之軟腫。按之有動浪。致顱皮浮泛於顱骨之上。有時前垂而覆遮其眼。或後垂而覆遮其頰。約由筋膜下之骨被折而致。　(三)顱骨衣下瘀腫。此瘀不易佈散。因骨外衣與顱髓相貼。令血限於此處。常見初生之嬰兒。顱骨有瘀腫蓋之。以指按之而甚軟。且有動浪。其四圍之邊變硬甚速。因有血絲積貯也。此狀與骨凹折相似。然不必疑也。苟以指捫其邊。則捫處必低陷。且其邊高於顱骨面。此可知其非骨凹折。乃瘀腫耳。有時瘀腫久存。致其四圍變爲骨者亦有之。　治法。只須用散熱藥敷之。若瘀腫下無他患。則不必剖之。亦不必用引流管引出其液。

生膿　夫顱蓋生膿常事也。多係外染所致。亦有因其隣骨有病使然者。其瘴之大小。視其居於何類之腡。乃與瘀腫相等。　在皮下者。其瘴甚小。因該處之腡甚堅故也。其起瘴之原因。每由癩或膿炮或虱或治癬時用藥過甚而致。　在筋膜下者。其瘴多因刺傷染穢所起。更兼絨腡炎。　在顱骨衣下者。除顱骨損傷或有病外。罕見生瘴。若有之、其膿不過限於傷骨處而已。

顱皮絨腡炎見七十九頁。　**顱皮瘴症**見百八頁。

顱皮瘤　其類甚多。平常傷致之動脈囊。乃爲罕見。此囊甚小。且易於割去。又有顱皮動脈[illegible]曲。

此類多起於顳動脈。治之之法。非割不爲功。

血管痣 Nevus　顱皮痣與他處之痣同。但在顖門上則必搏動。因其腦筋衣搏動也。故可誤認爲腦衣凸脫。無他治法。惟有割法或電化法耳。

曲形動脈囊 Cirsoid aneurism　此患生於顱皮者較多。約起於顳耳處。或散至四圍。或落在頸處。起此之故。未能確知。有時起處先有血痣。亦有先受損傷而後起者。此囊居於皮下。大小無定。乃搏動色青紫之血管痕曲而成。其內有窩。動靜二脈直與之相通。並無毛細管居於其間。故按之血即消散。散後又易復滿。此因動脈所來之血甚多也。其舒長之遲速不一。病者每覺頭痛眩暈。其瘤皮薄而枯。該處頭髮脫落。卒至生瘍。致流血而死。　治法。無論用何治法均無大效。若能盡行割去。固屬甚佳。但其病如此險要。恐不能割。如欲用割法。必須遠離患處下刀。其通患處之血管。務於未割斷之先縛其兩端。不然。則有血流之險矣。　有時先割其瘤之一部。俟其所流之血補足之日。可再割他部。以割盡爲度。但用電化法。及縛其通瘤之大血管。最可望其痊癒也。（電化法見四十八頁）

莉瘤 Papilloma　此非常有者。其形似瘊。細而硬。除有礙於戴冠外。無甚妨害。且易去之。

脂瘤 Lipoma　此瘤約居於顱前。由顱皮之深層或骨衣而生。向左右舒長而爲平形。

鱗牀疽 Epithelioma　有由莉瘤常受激惹而起。亦有由脂袋瘤所致者。苟確知其爲鱗牀疽。宜即割之。聽其自生肉芽胴即癒。或用替耳氏植皮術以補之。

筋瘤 Fibroma 此瘤甚硬。多起於顱上戴冠處。其大者。幾畧及顱皮之半。其形凸凹無定。係軟筋膶所成。即由腦經筋膶而起者。第二百六十二頁 均可割去之。

疕 Sarcoma 此類瘤少見。約由顱骨而起。乃似肉之大瘤。有能搏動者。或有破而突出者。尋常舒長甚速。惟有額熲筋膜能暫阻其舒長。 治法。遠離瘤根割之。並用替耳氏植皮術補之。病重者。宜賴X光綫或銳藥治之。

皮膶袋瘤 Dermoid cyst 此患在顱皮上者不少。每多在外眥或太陽或鼻梁處。第百〇〇〇頁 其舒長不甚大。有在年幼患之。至成童時始顯明者。其下之骨畧凹而不平。因其胚原膜中層未長成故也。有時患處之骨有罅。其袋即入罅而與腦筋衣相貼也。 治法。須割去其袋。然宜俟成童顱骨堅實時始可割之。因其時骨罅或已長合也。

脂袋 Sebaceous cyst 多生於顱皮上。有生二三枚者。亦有長至極大者。須用細刀穿透。將脂擠盡。用鑷拑緊其袋壁以去之。再縫合其傷口也。

脂腺瘤 Sebaceous adenoma 此瘤多起於顱皮上。詳前第十七章。

顱患 AFFECTIONS OF THE CRANIUM

(甲) 先天患 Congenital affections

(一)有時嬰兒顱骨舒長有缺。名爲先天顱骨成形不全症。約因其母身體衰弱之故。亦有其骨終身不能堅實者。故較他人最易受傷。

(二)腦衣凸脫又名腦衣露突。 Meningocele 顱腦凸脫又名顱腦露突。 Encephalocele 顱腦並衣凸脫或露突。 Hydrencephalocele or Meningo-encephalocele 此三症乃係顱腦衣從顱骨之缺處露突於外。或其腦亦並凸出。或祇腦筋衣凸出。當其初成此患時。乃由胚大腦脟外之原膜中層從顱壁縫凸出。後其顱壁長實。使原膜中層脟不能復入壁內。致長於外。常多在鼻柱上及頰處。有時在顖門。或在顖門之兩旁。又或在顱底處。腦衣脫凸者。乃顱腦衣凸出。其內有顱脊顱液。其性軟而形圓。按之有動漲。其蒂麗於顱骨。大小無定。上有皮蓋之。其皮厚而堅。或薄而色青紫。若其瘤巨大。則皮必透光。其皮面上之血管常痕而似痣。凡小兒用力呼吸時。如哭或咳。其瘤必緊張而較大。有用手按之。瘤即縮小。而可捫出其顱骨之罅邊者。其時或令顱腦受壓。而起瘛瘲之狀。顱腦凸脫者。與顱腦衣凸脫畧似。但有腦質在其內。心經摶動時。瘤亦與之俱摶。此患多生於顱後處。顱腦並衣凸脫者。其內有腦質。又有腦液。可分爲二種。(一)與平常之腦衣凸出同。但其內含腦質少許。(二)其液與腦房液相通。瘤之內壁有腦質一薄層蓋之。此瘤之形畧大。爲腦房痰腫之一類。多居於頰處。在小腦帳膜上下。在上者。其大腦旁房之腦灰質後角畧脹。在下者則其骨缺或至頰大孔。致令小腦一部亦凸入其內。

結局　其症甚險。幸患此之嬰兒約在生下時已死。或過數日亦死。若未死。其重而危者。則爲胎呆或頭過小之病。有時亦有腦房痳腫。腦內積液 Internal hydrocephalus 其所突之瘤可漸大而裂。致起膿性顱腦衣炎而死。幸或其瘤終不漸大。若係腦衣凸脫者。其顱骨或可長合其縫。而阻瘤液不與顱內相通。致令其瘤成袋。其蒂不動。且無縛動之狀。

治法　此三種瘤約以不治爲妙。但其瘤漸大。可以無稜針刺而放其液。後用紗布覆之。或能免其漸大。如係腦衣凸脫者。亦可痊癒。至其骨縫細者。惟須先縫其瘤蒂。然後割之。如再能以骨修補術植骨術補其縫則更佳也。

(乙)後天症 Acquired affections

此症分四類。乃枯性類。過長類。發炎類。及贅瘤類是也。

後天枯瘦 Acquired atrophy

此有數種。如下。

(一)顱骨變薄。Craniotabes　此患多在嬰兒一歲時患之。由遺癯所致。第二十一章

(二)老年枯瘦。　此症可累及全顱骨。致變薄而疎鬆。或只累及二顱骨。從前至後使之成凹。切宜留意保護。免其受損傷也。

(三)單處侵蝕。　此患因腦潤衣球。或動脈囊所壓。及骨癬而致。又或由用割術與受外傷使然。若蝕處畧大。以手捫之。覺有搏動。如此者、則須以金類盾護於顱皮外。免其受傷。然今有修補術。可不必用護盾也。一法名自修補術本身植骨術 Autoplasty 即將病者顱骨取其一片以補其缺處也。先擇

第二百七十六圖

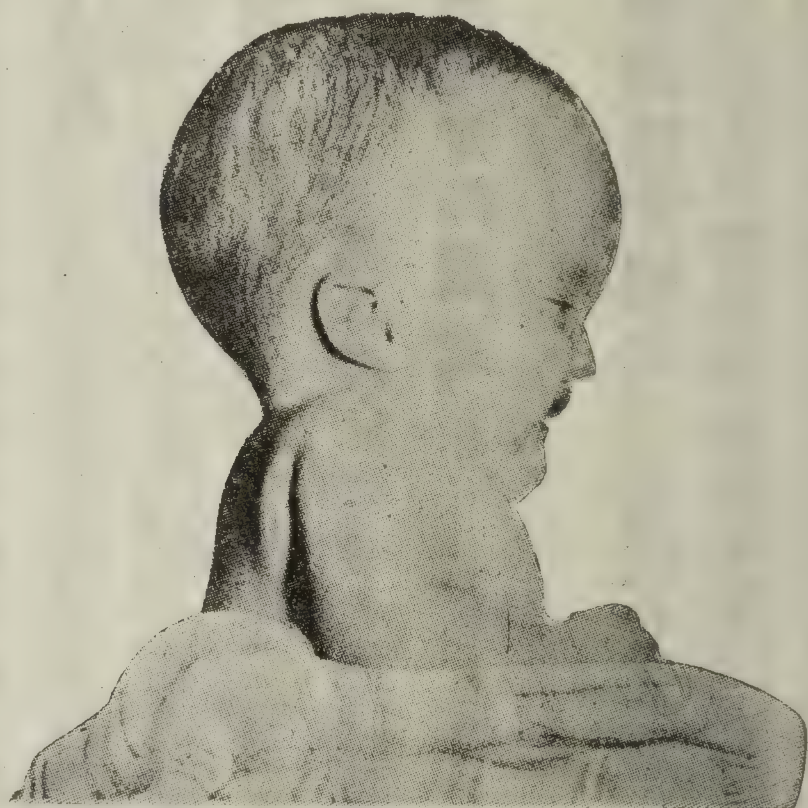


Fig. 276 HYDROCEPHALUS

腦內積液

合宜之顱皮割開一片而翻下。隨用鑿鑿取其顱骨外層一片。其大小與缺處適合。惟所取之骨片須留一邊顱外衣作帶。方可移補其孔。且該孔邊四圍亦須刮露新面。始可置入此骨片而縫之。有時用金類或鈂或堅庫秋片以補之。此名他修補術（植異質術）Heteroplasty 乃蓋於缺處。用金類線或釘。穩固其周圍。如此補法亦完善也。

（四）慢性腦內積液又名腦房疢腫 Chronic internal hydrocephalus 此患必兼有顱骨枯薄病。有由先天起者。有在嬰兒時起者。其故乃由腦房被腦液痮大所致。其液乃因胎有畸形或有炎症。致令腦血管衣纓之滲液壓腦血管帕之靜脈。或壓下縱血梗。或令小腦前房中孔閉合也。如此則顱漸痮大。顱骨亦漸展薄。其顱縫亦漸濶。於是壓其腦或致逝世。以手捫其患處。有動浪。且聞其骨有折裂聲。患此者之面小於常人。其眼凸出。凸出之故。乃因眶扁被腦壓下也。　治法。用放液刺術乃係徒然。因雖放出多液。並以彈力物壓之。難免復生。其有痊癒之望者。乃在開通其腦房與腦筋衣下間之中處。俾旁房之餘液流出。既腦筋衣下間液之壓

力大於靜脈血之壓力。則必被靜脈嗽去矣。宜以銀管置於兩處之間。（即腦筋衣下間與腦房之中處）或用無鏌鑻之骨管。中置一羊腸綫爲引流管亦可。然須趁其患之初期用之。若延至腦外質過薄。則腦必失其功用也。

（五）頭過小 Microcephaly　此患由顱縫閉合過早。致腦不能長大也。亦或兼有呆症。或小兒脾腺缺功症。曾有醫士試用顱骨割取術治之。取出顱骨數條。俾其內有餘地令腦能長大也。有照此法治之者。初覺畧癒。厥後多有再發者。此因割處成瘢膶耳。

顱骨過長　乃由慢性炎或受外傷所致、其特別之數種。如遺癯、嬰兒骨軟症、畸形性骨炎、面手足大症、（第二十一章）獅面狀骨症。（第二十八章）在他處論之。茲所論之顱骨過長症與上畧異。乃因獅面狀骨症者。其顱骨之膶漸長而厚。致其顱穴窄也。

顱骨炎症　顱骨炎症與身之他處骨炎症同。其症約分爲五。

（一）**急性骨外衣炎** Acute periostitis or pericranitis　此患繼染性連膶炎而起。平常能令其顱骨外層死。

（二）**急染性骨髓炎** 又名急性骨死 Acute infective osteo-myelitis or Acute necrosis　此症乃顱絨骨起急性炎也。多因膿穢所致。該處所以染穢者。乃由顱皮受傷染穢。或穿皮骨折。或氣穴起染性炎或因病者抵穢力微弱。受輕傷而施割術時。致起此患。其病狀初則寒顫。後則頭痛。患處痳腫。顱外衣

與骨相離。因有膿延於其間。亦或有膿瘰生於骨與腦筋衣之中也。如此則顱骨之全層皆死。直至顱縫邊爲止。由是有穉串瘰。或其炎蔓延甚濶。致有腦衣及血埂靜脈竇或腦質受累之危險。其結局不佳。幾盡無望。若及早割之或有望。若不割治。罕有能痊者矣。治法。須用法使膿易於流出。且除盡其外層而刮其受累之絨骨。若顱骨下有膿。內層亦必去之。不必俟其死骨自脫。視有死骨。即用鑿鑿去爲妙。

(三)慢性骨外衣炎 此患由該處常受激惹及重物所壓而致。如顱頂上受重載之籮或籃類是也。治法。宜勿再壓激該處。如欲鑿去其骨疣亦可。

(四)瘰症 顱骨患此甚少。有原發性者。亦有繼發性者。繼起者如皮有路浦司症。或腦衣有瘰域點所致。初起時。或在骨外衣。或在絨骨處。致該處起骨疣。或令其骨展大。後即生膿而骨死矣。若在腦筋衣者。其顱骨內層必甚被蝕或死。不日或久其骨外層必穿破。而成瘰於顱皮下矣。但不可以外層之患小。即定其內層亦必如是。須以法細心查明。此患之結局不佳。其所累及之處。約多在顳凸與額骨眶外角。若該處果受其累。必兼有他狀顯出。

(五)瘤症 此患甚多。每起於癯之第三期。惟額骨及顋骨常受其累。已詳述於上文矣。

顱骨瘤 凡生於顱骨之瘤。最多見者乃骨瘤及疕也。

(一)骨瘤 此等瘤乃單處堅實之骨過長而成。其生於顱骨外面或內面或內外面均有。在額及

耳外管處最多。生於外面者。其形滑而圓如球。捫之硬而不痛。其蒂濶而連於隣骨。亦或不止一瘤。若生於內面者。有激惹及壓腦之病狀。夫此等骨瘤須與炎致之骨疣辨明。由炎致長者約有瘰患使然 骨瘤乃有界限。不疼。且緩起。炎致之疣則不然。骨疣瘤乃速起而疼。且其體之軟硬不一。 治法。罕有宜施割術者。如其瘤小。則以圓鋸鋸去。大者則須用電鑽鑽去。然所鑽之處。須繞其堅實之瘤邊方妥。萬勿用尋常之鑿鑿之。因需時過久。其腦必受震也。

(二)疕 此瘤生於骨外衣或骨絨質或腦筋衣處。生於骨外衣者。乃係圓脒或梭形脒類。能長甚大。有內含骨質者。亦有軟者。軟者多能搏動。有時疕底之骨被疕所蝕而累及腦筋衣。終則累及全身矣。 生於骨絨質者。乃向內外而長。有時在此處亦可生巨脒瘤。即似骨髓脒瘤 與疕甚似。其舒長較緩於疕。其面有薄骨蓋之。捫之有折裂聲。 生於腦筋衣者。約受外傷而致。其狀如下。有一處頭痛難忍。發癇。雙視。及視腦經發炎等。凡此等狀。乃在瘤未見之先而顯也。厥後顱骨漸展而破。以手捫之。覺在顱皮下有甚軟多血而搏動之瘤。遲早瘤則穿出如菌形。倘或潰爛。則腦筋衣必至顯露。或起膿性腦筋衣炎。致其腦被壓。病者即衰弱而死。 治法。此患每因知不危重。而療治延緩。以致失其割術之時機。只可用銳藥療法。或可利氏液治之。

(三)子疽 Secondary carcinoma 此患生於顱骨者不少。多繼乳房或脾腺疽而起。其體小而數多。且有搏動之狀。並常致腦經及頭甚有疼痛。

(丙)顱損傷之患 Traumatic affections of the cranium

顱骨痏傷 此患雖顱骨未折。有時累及甚重。(一)上文所論之炎患。多因痏傷而起。如人抵穉之力微弱。受傷後則易起急性骨髓炎。或慢性骨變硬及過長。而累及單處或汎佈周圍。若其已有瘰或癯症。其狀亦因此傷而更顯。(二)更有在顱骨及腦筋衣之間或生膿者。見後 須以圓鋸開孔以放其膿。(三)有時痏傷致腦筋衣離骨而流血。見後 (四)凡以下所論之顱患。皆可因痏而起。故不可輕視。即皮未破。亦勿謂無碍。若已破。則患必尤重。因兼有染穉之危險也。

顱折 可分三類論之。即顱頂裂折。顱底裂折。顱凹折或刺折是也。

(一)顱頂裂折 Fissured fracture of the vault 此由外來之直接或間接之猛力所致。其直接者。該處之骨先折。而折線並可裂及隣處。間接者因顱內之壓力增大。過於其骨之彈力。致其顱骨裂開。如祇其骨裂開。則無甚顯象可見。惟該處或只有瘀而已。至穿皮骨折者。其折處有紅痕一線。以手捫之。覺其骨參差不平。其折形或僅一直痕。或似星芒四射。倘無兼患。其折裂不甚緊要。除用全身療法外。不必用他法也。然必小心免穉侵入。則傷痕自可平復也。 有時折處之接骨質凸向顱內。致起傷性癇或癲症。見後

傷性顱液瘤 Traumatic cephal-hydrocele 此患罕見。有之多在小兒。乃由於顱頂單純折所致。其特形乃顱皮下積液。隨動脈而搏動。呼吸時該處亦觸跳。時多時少。且有時幾無。其所積之液乃爲腦

液。有時通至大腦旁房。或腦潤衣下間處。有醫士割治此症、曾見有一通至腦潤袋者。其袋乃腦潤衣下間流血而成者也。然遇此症。總以不必施治爲妙。若確知其不與大腦旁房相通。則開而引流之亦可。

顱底折 Fracture of the base of the skull

裂折者居其大半。間有刺折。或凹折者也。

病原　有三(甲)因在顱頂或顱凸面受强力如撞跌硬處致使顱底骨裂也。按人討論其折裂之理。厥有二說。　(一)亞倫氏云。凡顱頂與顱凸面受重傷。其裂紋必直通至髏底。名爲射裂。此雖係自然之理。然亦有髏底裂。不盡關此故者。　(二)邇來醫士謂有由擘裂者、其理以顱非係無自復力之實體。乃係甚有彈力者。且曾見顱頂裂者。夾有皮與髮。此正見其骨旣裂而復合也。若顱被大力相夾。其受重壓之徑必較短。而未壓之徑必凸出。若壓力過於其骨之彈力則折也。其折線之方向不一。約循壓力之方向。故裂線多隨顱之圓凸形。名擘折　亦有裂線與壓力之方向成爲正角者。名壓折　但在壓内其壓力必向四處射激。故於骨之最柔而無彈力之處而折。即顱底也。

第二百七十七圖

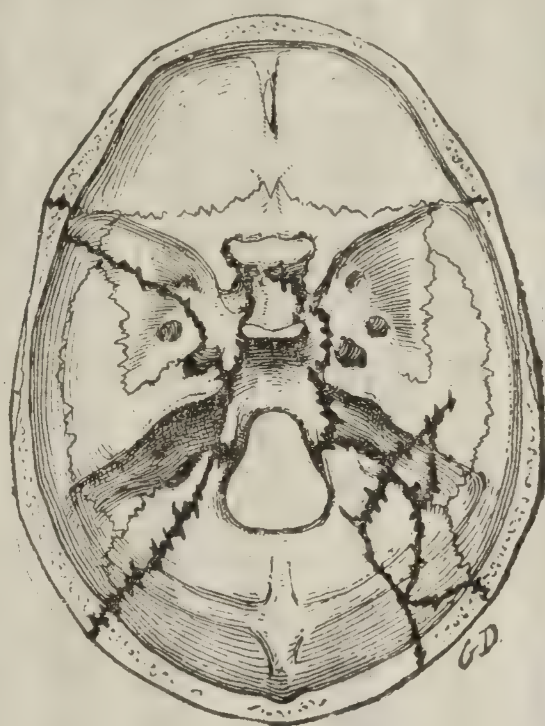


Fig. 277 FRACTURE OF THE BASE OF THE SKULL FROM FORCE ACTING AGAINST THE OCCIPITAL CONDYLES AND PRODUCING ALMOST AN ANNULAR FRACTURE AROUND THE FORAMEN MAGNUM

顱底折

領輪受猛力以致繞煩孔拆

（乙）顱底受直接或間接傷。亦可損折。有其骨不裂而只凹折者。如有木棍或傘柄或鞭桿等。揷入眶。或鼻篩骨處。或其頦受重擊。皆能令頜輪入顳盂。穿至顱中凹處。又如人仰跌。而有硬物碰其頦骨。或鎗彈由口直穿髏底。皆係此類傷也。

（丙）如有強力令脊柱直撞頰輪。則顱後凹即折。有時所折之處裂開。累及頰大孔。或繞頰大孔全裂。第二百七十七圖 多因從高跌下。而顱頂撞於軟物上。如棉花包 又或由高直跌。而踵或臀先落地。皆能致此傷。折之方向。或縱或橫或斜無定。乃關於猛力之方向而異。此能累及全髏底。或祇累及顱之一凹。又有循顱縫而折者。有時顳石段亦裂。橫折者祇累及一凹。直折者。則累及顱底諸凹矣。顱底折有單純折者。然大半係穿皮骨折。在顱前凹裂者。其裂線必經篩骨。致鼻洄膜裂開。亦有刺傷經過眶骨。或篩骨竇或蝶骨竇。致顱內與外相通者。在顱中凹折者。若折線經蝶骨底。其鼻喉頂必裂開。或中耳鼓穴受累。在顱後凹折者。能累及頰骨底。亦能裂開鼻喉頂。然此多係單純骨折。

顱底折。雖實屬重症。然未必致死。因邇來防穢之法最良也。 所慮者有三。（一）大腦底橋腦。及延腦受損。其尤可慮者。乃脊柱逼緊頰輪。枕髁 致顱大孔裂碎也。 （二）靜脈竇血埂 Venous sinuses 或腦筋衣動脈。或大腦動脈流血。 （三）起染性顱腦衣炎。此因其傷不但折其骨。且致腦筋衣擘開。則成穿皮骨折之重狀矣。

病狀 最爲無定。茲爲便於講論之故。分無四端。

（一）大腦受重累如顱腦受震。不省人事爲時甚久也。然不盡顯此狀。昔年曾有一腦受損傷者。傷後十日仍可作工。後始入院就醫耳。

（二）流血。其所現之情形各異。此關乎其折在何處也。

顱前凹折者。則鼻多流血。因其折穿過篩骨之故。然亦有血循喉流下。或復嘔出者。多有其折累及眶頂。致血流入眶穴之絨連膶中。由是其瘀漸顯於皮下而腫。並累及下瞼。其色初顯青紫。漸如痏狀。惟無外皮之痏傷。亦不似痏傷之初則色紅而紫。後則色青。且骨折之瘀雖甚累及睟。但少有向前而遮於瞭者。即其瘀之後界亦不見也。　其所流之血。乃由骨及被撕之腦筋衣所出。但所流甚劇。約由蝶旁竇而出。或致眼球突向前。有時在眶處捫之。則覺搏動。果如是。必有傷性動脈囊。或動靜脈通囊也。

顱中凹折者。其所流之血或入鼻或入喉。以致嚥下。然尋常其血從耳流出。若其所流之血甚多。乃由顱底之血管而來。如血不甚多。而流亦不久者。則非必顱底折。或有別故也。即（甲）耳鼓膜裂開。（乙）耳翼䐃撕離。（丙）耳鼓扁之前下折。此因頷骨受打傷。令頷輪逼緊耳鼓扁之所致也。

顱後凹折者。其所流之血多在皮下。顯現於顳凸處及頸肌之間也。

（三）腦液流出。此明示其有路通於腦筋衣下間處也。此液由兩耳流出。或由一耳流出無定。曾有見其液由鼻或從顱頂流出者。由耳流出者。乃因顳石段折。致件聽腦經入耳內管之腦筋衣被撕。

故腦液由此流出矣。 其液清潔似水。比重一千零五。性略鹼。其內多含鈉氯鹽。並胎少許。且畧含一質。此質有葡糖性。若和銅硫强礬以煮之。則化其强礬爲弱礬。 當液初流時。其內雜血少許。未幾則血無而液清矣。其所流之液。多少不等。多者至浸其敷料及枕。或可於耳外用試筒以接之。約於受傷後液即流出。然不久即止耳。昔有一人於夜間從高牀向後倒。跌其顖骨。隨覺片刻不省人事。後復登牀而臥。至翌朝兩眼全靑。仍能作工旬日。其時祇覺頭痛。旬日後漸覺其耳亦痛。其痛漸甚。至覺左耳內似物裂開。而痛止矣。後則多有脊腦液流出。由此觀之。可知其係顱底折也。 亦有腦質從耳突出者。然甚罕見。其人或幾乎盡遭死亡也。

(四)出顱底之腦經受傷害。其病狀等可觀前十六章。最多受累者。乃面腦經之經過顳骨管者。既已受傷。其面之癱狀。或當時顯出。但多越二三星期始顯。過一月即瘉。其所以致癱者。因被接骨質所壓也。有時耳微聾。因聽腦經畧受傷損故也。

結局 顱底折之結局。今愈於昔。因在耳管內善用防穢之法也。若病者不因雜患累腦而亡。則其折處必速連合而自瘉矣。然因腦經與血管既受傷損。或被接骨質及新骨所壓。難免後患之虞。

治法 最可畏者。乃由所流之液染穢而致腦潤衣炎。故治之者。切宜用法阻其液之受染也。惜其喉之鼻部。不能用敷料及防穢藥以理之也。幸而罕見該處有流液之患。故知此處之腦衣受傷者甚少耳。且曾有醫士在鼻穴上處查明。確知此處少有穢在焉。耳管則不然。故必須用水節以

卡利波酸(二十分之一)輕灌洗之。再以無稜紗一條置於其內。外又用紗墊纏之。若紗墊已濕透。須以乾者易之。除此治法外。須依治顱受損傷法治之。即將其髮薙淨。用巾蘸涼水以裹其頭。若用涼水蟠管蟠於頭上更善。初服瀉藥。勿多與飲食。臥於幽室。禁止喧嘩。若不顯激腦及發炎病狀。(即脈速頭痛眩暈等)則安臥至一星期。可以起坐。漸增飲食。惟宜越兩星期始可起床。然宜安靜。必俟四或六星期。方可理務也。

(三)骨凹折或刺折 Depressed or punctured fractures　此患多累及顱頂。其故、因受直接猛力或跌。或重擊。致其骨成爲單純折。或穿皮折。或因受刺傷。致成爲刺折。此二故、均可致其骨多碎也。　此等凹折。或祇傷其顱骨外層。而不傷其內層。有氣穴處多如此。或其骨之絨質甚厚者亦然。　如在額穴受傷者。其穴之前壁凹折。而後壁不凹折。有時在顳凸亦然。　然或有顱骨之外層甚凹入而不折。而內層反折者。此在大人甚少。惟小兒甚多也。　亦有骨外層深凹。而內層未折者。

此患大都連累顱骨外內二層。若強力由外而來。則傷於內者。常大於外也。然在刺折尤重。(第二百七十八圖)　若其力由內而發。則傷其外層大於內層矣。(即彈子穿入顱內而復出是也)　總之傷力無論內外。其致一耳。茲即其由外入內者論之。(甲)骨內層托之者無多。祇有軟腦及腦筋衣耳。故其折也濶。設有一板。其下無物墊之。試以釘穿過。則其板底之釘眼裂開必較濶矣。(乙)凡穿骨之物行愈速。而傷愈小。其行緩者則反是。鎗彈穿過顱骨。因其行速。故傷口不大。若因穿入顱時。被骨外層所阻失其行力。則骨受

傷必至增大。(丙)顱骨外層折時。有碎骨隨入。其形如楔。加大穿入之物體。則傷其骨之內層必較甚。

第二百七十八圖

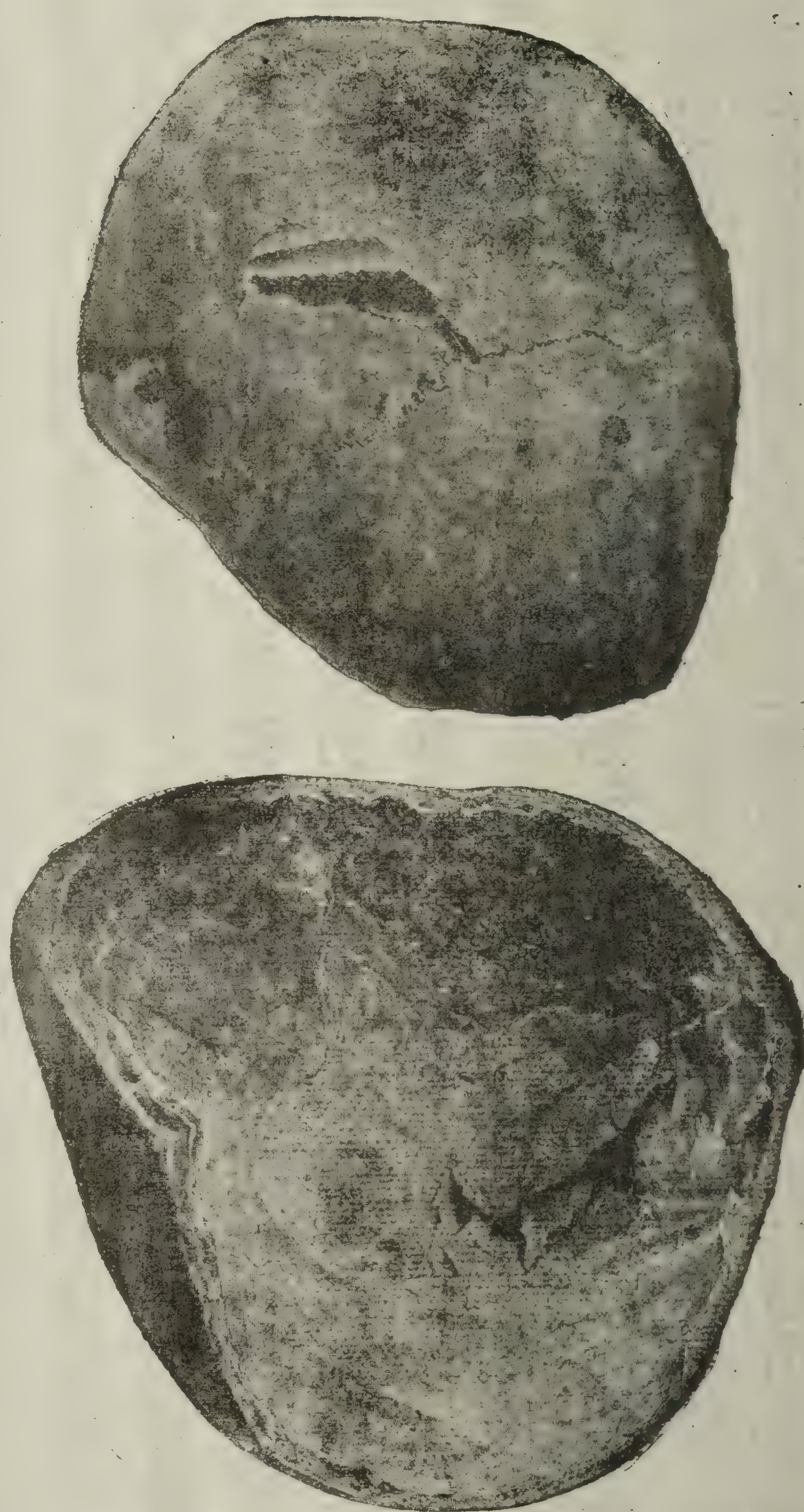


Fig. 278 DEPRESSED FRACTURE OF SKULL SEEN FROM WITHOUT AND FROM WITHIN

顱凹折

A 由外視之
B 由內視之

(丁)凡强力衝激之處。則其力佈散於四面。故强力先至顱外層。而顱內層所受强力之處。反濶於外層。

病狀 顱骨凹折之狀不一。有因骨傷所致者。有因腦損而致者。又有因傷爲穢所染而致者。以穢染者爲最重。

若外面有傷。可見其血或腦液流出。或腦質突出。亦可見或捫其骨傷之深淺濶窄。及有碎骨否。如

無外面之傷。則顱皮下必有瘀。瘀之大小。均阻隔醫士之手。不能捫其骨折否。骨之折形。大有關於患者結局之善否。若折形向中央漸凹陷者。名碟形折。Saucer fracture 此傷之療治畧易。惟折形陡凹。而折骨居於隣骨之底者。謂之溝形折。Gutter fracture 此患之結局較危也。亦有碟形溝形一時並現者。其折形若何。關乎如何而致。及爲何物所損。設顱頂因跌而折。該處之顱皮每參差不齊。可由傷口視其凹處。或可捫得。若爲銳器所損者。如鶴嘴斧。則該處之顱皮只有小孔。或其器之尖亦陷於骨內。若爲劍或斧所傷者。其傷口儼似刀割。而其顱骨面或成一直溝。或成一削痕。或割斷全骨。有時顱骨之一處較高於常。名爲凸折。其周圍等骨約兼形低陷也。

凡鎗彈之傷。其傷之輕重。關乎衝入時之遲速。及其度之斜直。若彈僅傷其皮而不入內者。該處必致甚痛。其骨或凹碎或不碎無定。近來彈形尖圓。其衝入甚速。如向顱之對側衝出。除所經之路受患外。其餘各處俱皆無碍。若彈子係漲力加增之類。或衝入時較緩。則其傷必較重而尤甚也。

倘係單純骨凹折。其顱腦或致受震。隨即被壓。因既受壓於凹骨。更受壓於患處所出之血。並因腦質受痛也。若其傷濶大。而不設法減輕其壓。其人必速死。苟所壓甚輕。又無病狀顯出。則其患或能瘉。惟日後恐起傷性癇或癲。此因其腦筋衣及其鄰腦受激惹所致。若凹入碎骨激惹司動處。則有瘛瘲痙攣或癱狀顯出矣。

至於穿皮骨凹折或刺折者。其當時之病狀未必危險。雖有時腦質凸出。然亦無顱腦受震之狀。其

受傷之處愈小。而顱腦受震之症愈輕。其故、因强力在折骨時已被減小。不能再入腦耳。譬如時表墜落。其面先至地。雖外面玻璃破碎。而內件仍不受損。但玻面不碎。則其內件恐有損矣。　此等骨折。若不善爲治理。則其傷必染穢。而骨與腦或腦筋衣皆發炎矣。

夫由染而骨發炎者。能令碎骨失養而死。在傷口內可見已死之碎骨變黃。由是炎症穿骨絨質。漸延而潤。又累及鄰骨。而成穢串瘴之患。或在骨與腦筋衣之中起瘴也。　如腦筋衣已破。其炎則延佈腦衣。隨即起膿性腦衣炎。或蔓延四圍。或祇限於一處。或兼致腦質單處生膿。若腦筋衣未破。倘有碎骨激惹。及膿性滲質。後或致腦筋衣潰爛。若傷口內無物阻液流出。可免其液緊漲。則炎患僅限於一處。而不致起膿性腦之衣炎患。若其骨鎖合與凹入。及傷口細小。其染液必存積而蔓延。致速顯壓腦之狀。後日或致大腦脫露也。

倘受傷後去其碎骨。雖不能盡防其穢。亦或可望其痊癒。即腦筋衣扯破。亦未必起腦衣炎。因腦筋衣下。有腦潤衣粘着。以阻其穢入也。　若受傷後。滅盡傷口之穢。且撬起凹折之骨。或去其骨。其結局較佳。除腦深處兼有他傷外。必無雜患而漸癒矣。

治法　治此患之法。今異於昔。因近來有防穢之法。　若謂傷害之凹淺。勿庸探查。因恐有險。殊不知探查之危險。較未探查之危險猶輕也。夫施割術之意。是欲撬起其凹骨。與去其能傷腦筋衣骨片之利邊也。宜施割術之要者有三。　(一)凡顱骨刺折者。宜用割術。　(二)凡穿皮骨凹折者。

亦必以割術治之。(三)凡單純骨凹折者。如係壯年人。宜施割術。苟小孩有溝形折者。亦須施割術。但係碟形凹折。若非甚劇。須俟其腦病狀顯出再定。以上三端、惟壯年單純骨凹折尚待討論。但此類折不用割術而自癒者不少。故有人謂須俟其病狀顯出。始施割術。然須知有人因骨凹淺折。未經割治。致後起顱腦傷性癇或癲患也。究之此等割術。不爲重大。若用防穢之法割之。無甚危險。且非用割術以查其傷。不能知其骨內層所折如何。由此觀之。不可不用割術以謀病者之益也。

如必須割之。以速爲妙。在未割之先。須薙淨該處之髮。而滅其穢。其宜用蒙藥與否。宜視受傷者之情形如何。若係單純骨凹折。勿在凹折處割之。須離患處畧遠。將顱皮翻下。以免後日顱皮之縫痕在骨折處之上也。既將血塊除淨。則凹折之處自見。如有碎骨隨取出之。始有餘地而容骨撬入內。若器具不能容。則用何福曼氏骨鉗剪寬其處。倘內無碎骨。可用海氏鋸鋸其骨之一角。如以上二法均不能用。可用圓鋸鋸其骨之一圓片。其法乃將鋸中之錐置於堅實骨上。貼近凹邊鑽之。第二百八十圖　則可將骨之一圓片取出。如是可容其骨撬。斜向入內。撬起凹骨。並可查其骨內層若何矣。　撬起凹骨時。切須手輕。勿傷腦筋衣。如凹骨蓋於血竇上。更宜注意。若鋸其骨之一角。不論係用何術。均無妨多去。俾受傷之處。顯而易見。所去之骨。無論多寡。宜置於淡溫鹽水內。或置於翻摺之皮下。聽用之。　若所去之骨無多。則不必置回。

倘所取出之骨畧大。則試置回原處爲妙。然置回之原骨。必須緊合其縫勿鬆。亦或可留一孔。以引血液等物流出。如所去之碎骨甚小。不能回置。則將其骨研至極碎。撒在患處。

第二百七十九圖

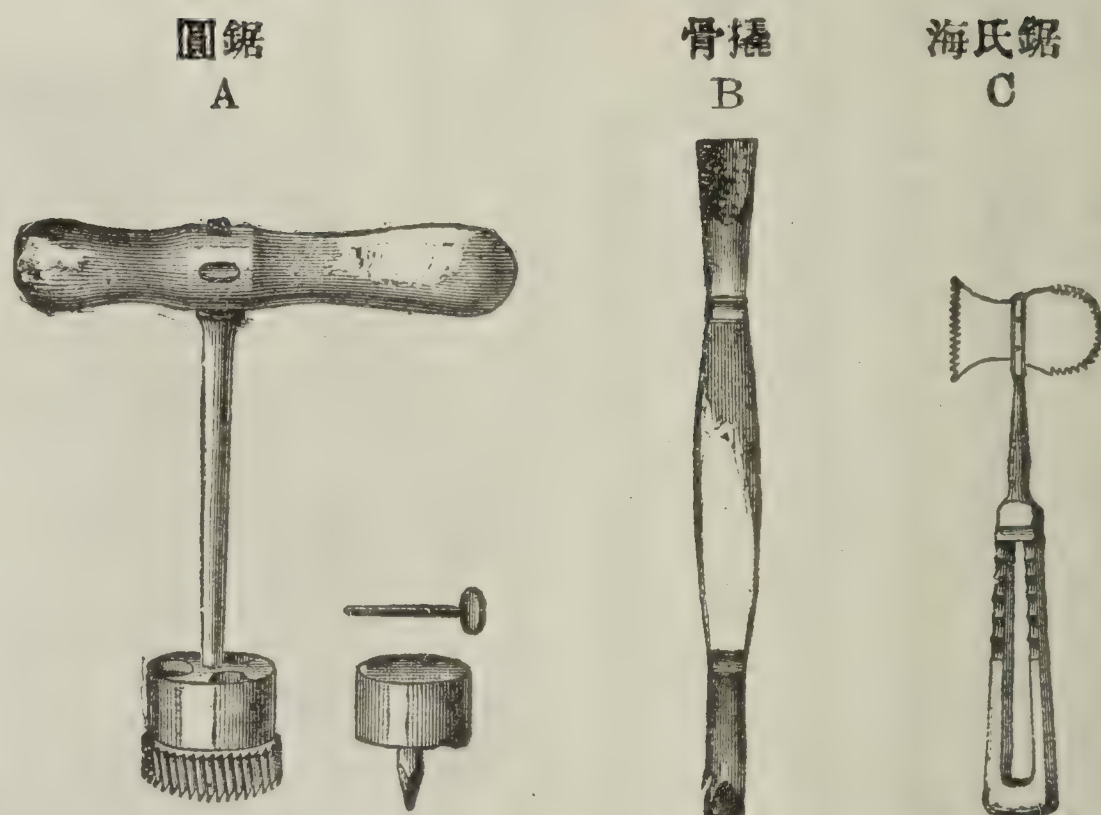


Fig. 279 INSTRUMENTS USED IN TREPHINING FOR OR ELEVATING A DEPRESSED FRACTURE, INCLUDING TREPHINE, ELEVATOR, AND HEY'S SAW

治顱凹折之手術器具

倘腦筋衣已受傷。一割翻顱皮時。或有含血之腦質流出。及理骨事告竣。若有腦質突出。則須割去。再縫補其腦筋衣。切須輕手爲之。 然此等患。多有不應置回其所去之骨塊者。恐阻其腐液流出也。如不能縫合其腦筋衣。則設法阻其腦質與腦筋衣粘着。卽以無穢之至薄金片。或他金類者。夾在腦筋衣與腦質之間。

穿皮骨凹折者。須薙其髮。使顱皮潔淨。再將顱皮割開一片向上翻之。俾其骨之傷處露明。於是取出其碎骨。撬起其骨之凹折。此碎骨或勿再置回。因恐骨已染穢。若用防穢藥洗淨、而後置回。則又慮其骨之生機已失矣、於是洗淨其傷邊。如有潔淨生活之碎骨。可置於腦筋衣上。隨將

第二百八十圖



Fig. 280 PUNCTURE OF SKULL SHOWING SPOT FOR APPLICATION OF TREPHINE

顱刺傷見施圓鋸之處

所摺之皮翻回剪齊而縫之。亦可在皮之下端穿一小孔。以引血液等物流出。若有腦質突出。可按單純骨凹折者治之。但必先用有力之防穢藥液(如卡波利酸百分之五或錄氯壚二千分之一者)潔淨之。此類折須用引流管。但越四十八小時即須取出。俾其口早合。以免有大腦脫露之患。

因刺傷而折者。若折孔細小。則須鋸去一圓塊。以便查其內面。因顱骨內層每傷損濶大也。圓鋸之錐。須置在堅寔之骨上。距傷孔畧近之處。(見圖) 但其折凹必盡括於圓鋸之內。若須察其腦。可割開其腦筋衣以察之也。

凡患此等症者。須令其安臥於床。勿用過高之枕。須照治顱腦傷害者以治之。有時凹折已撬起。而病狀非必少減者。此因血滲入腦質之內。不能取出也。至理顱受彈傷之法。(見一百八十一及六百五十二頁) 顱損傷其內所起之雜患。病狀及治法。下章論之。

額穴之患 AFFECTIONS OF THE FRONTAL SINUSES

此穴(又名竇)在額骨內。其裡面爲洄膜所遮。與鼻洄膜無異。在小兒若無穴者然。因其舒長甚緩。必至成童時始顯。在大人之額穴。大小殊別。形狀亦異。祗觀人之眉棱。(眉弓)不足知其穴之深淺濶窄大小。必用X光線由後射向前。又置照片於線之對面以映其形狀。則能見其穴之有膿或瘤也。用透光法亦或有益。

骨折 額壁前受重擊。能令額壁折而凹入。但不累及腦。如其洄膜裂。隨即顱皮與面顯氣瘨之狀。苟擤其鼻其瘨尤甚。若穿皮骨折。大半有膿。後則起膿性炎。致其額骨死。倘折累及穴之後壁。在顱骨下或腦則生瘅。穴之前壁全壞。以致氣瘨。於皮下腫起如瘤。但甚罕見之。此瘤名曰額氣瘤。若以鼻深呼吸。則瘤亦躍動。 顳凸穴有折。患所起之病狀。與額穴壁折相似。治之須以物壓患處。若壓而不痊。則須割開治之。

額穴炎 由鼻卡他耳炎而起。漸上延而累及額穴。凡因刺傷或骨折。或因外物由鼻刺入。或因隣骨有病。皆能使然。

急性炎 多與卡他耳性炎相似。患者頭痛。捫之愈痛。如壓眉骸之上下亦痛。且病者煩悶無神。或週身俱受累而有發熱之狀。 果如此。則須以熱敷袱頻敷其額。吸蒸滊水。其水內加以猶加列

沓、薄荷冰二藥。又須安臥床上。服以合宜之輕瀉劑。

急膿性炎　此患每由外傷而致。甚易延至額骨。致起急性骨髓炎。其炎之延蔓或甚速。蓋額穴後壁極薄。故其膿甚易浸入腦衣。或在大腦額葉起瘴。有時累及蝶旁竇。或他靜脈竇。治法。治此患須割開其穴。用引流管引出其膿。宜在眉下之軟䐃處割一彎口。解剖之至露其骨。用蛾眉鑿近中線處開一孔。足可放出其膿。又須查其通鼻之路如何。或須畧開濶之。俾其膿流出。連日須以水節射防穢藥洗淨。則所開之孔易合。間有孔未盡合。仍有瘻在者、如不知受累之穴係左或右。或均受累。則須在眉中處豎割一口以治之。

如已起急性骨髓炎。須速治之。余曾治一已起此類炎者。在其眉中處。循向眉左右橫割一口。復由髮際下至鼻根豎割一口。於是將皮片從眉下反摺於上。開大其穴。盡去其前壁。並去額骨若許。至無病之絨骨。且去其穴後壁。又割開一大腦瘴。迨至漸瘉。仍多有死骨出焉。

慢性膿症 Chronic empyema　此患或由額穴急性卡他耳所致。其初即係慢性者。乃由鼻而延至額穴也。患此者其鼻中竅之前部常有膿。其膿之流出與其頭之位置無關。其頭之前面常疼。或以手捫之其疼尤甚。若篩扈漏斗閉塞。則穴內之膿不能流出。穴則漲大。而其骨壁亦漸薄。若額穴之泗增多而緊張者病狀亦然　至其骨壁甚薄。則有蛋殼破裂之聲矣。治法。非甚險要者。勿庸施割術。多有因割治致起急性骨髓炎而死者。宜留意淨理鼻內。須去盡其中卷骨之前段。俾額穴之膿易於流出。如有鼻

科醫士妙手。可用管探入篩戶以洗其穴。倘施各法治之。其患仍不少減。而病狀更覺增重。則不得不按上法割開其穴。再以引流管揷入。從其鼻而出以洗之。如是即可縫合其割口矣。或暫用無稜紗塞之。越數日再縫合亦可。

額穴瘤　在額穴處多見之瘤。即泗瘤、瘜、密實骨等瘤、蔓延之疕、或疽。有時亦累及額穴。但受累者不止此處也。其要狀如下。額穴緊漲。致前壁退讓而凸前成一大瘤。或穴後壁被蝕而腦受壓。或由眶上壁壓下。令眼離位或致成盲。　如其瘤大。罕能割去之。由是漸壓其腦而死。有時隣骨已死被膿所圍而脫。經醫士取出。幸不致殞命也。

第二十七章 顱腦及其膜之患

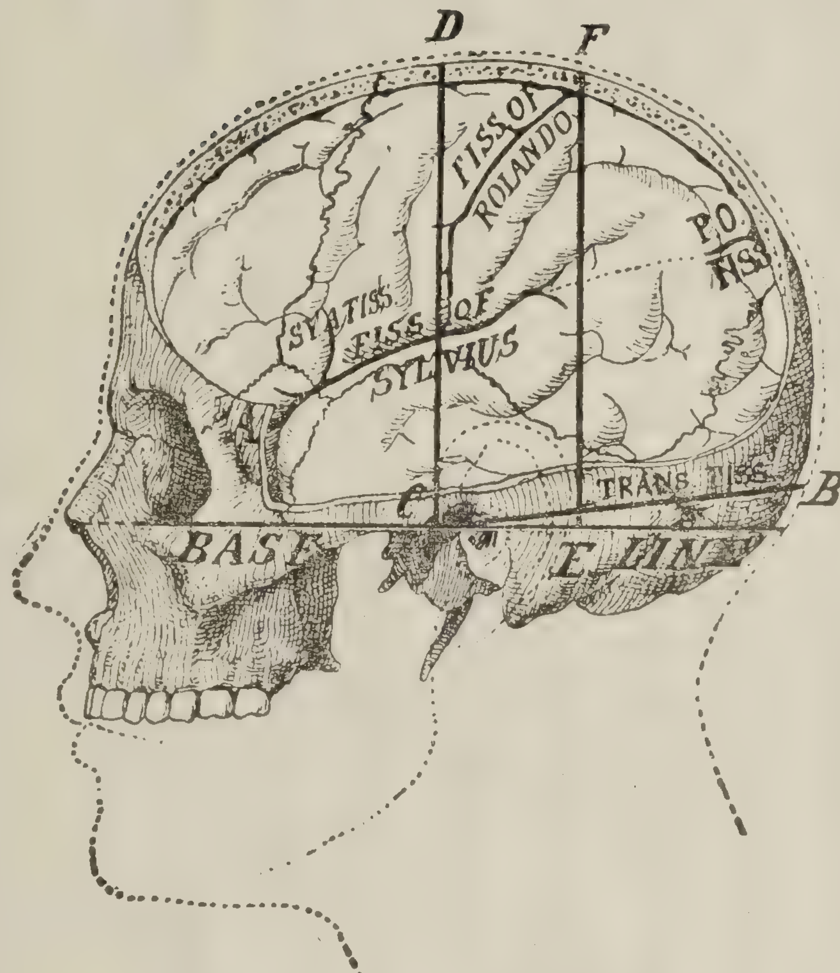
AFFECTIONS OF THE BRAIN AND ITS MEMBRANES

顱腦局部學 CRANIO-CEREBRAL TOPOGRAPHY

此學在此處無庸悉述。只摘其要理而已。學者若欲詳考之。可閱外科專門割術。及外科解剖學則得之矣。

額顳鏬。中央溝 Fissure of Rolando or Central sulcus 按顱腦局部學尋之。其法如下。(一)由額鼻縫起劃一中線。跨過顱頂。至顴外阜止。在度線中點略後一・百分米。即此鏬之上極也。此鏬斜下向前。於中線成六十七度之角形。若欲指明此鏬。可依下法測量之。用信紙一頁。將紙之橫邊循中線置於顱頂。且將紙邊之中點置於額顳鏬之上極。於是將紙前半摺成三角。即爲四十五度之角。再將四十五度之角復摺一半。則成六十七之角。此紙之斜形摺邊。恰與其鏬之方向無異。其鏬之長即英三寸零一寸之八分之三也。(8 cm) 今有一額顳鏬量器。乃軟金類二條製成。其角與鏬之線適合。甚便於用。(二)更有一量法。惟不及上法之直而不錯也。其法以李德氏底線 Reid's base line 測量之。此底線由眼眶下橫過耳外管。至顴外阜略下處。(第二百八十一圖) 於底線上畫二豎線。上至顱頂。前豎線(CD)由耳外管前凹處上至顱頂。後豎線(EE)由顳凸後廉上至顱頂。額顳鏬之上極。由後豎

第二百八十一圖



此圖表明用李德氏法
覓額顳罅及顳罅

A	B	EF	CD	POFISS	SYAFISS
額外角	煩外阜	後豎線經顳凸後	前豎線居耳屏前	顱煩罅	顳罅前枝

FISSURE OF SYLVIUS　額顳罅　　FISSURE OF ROLANDO　顳罅

Fig. 281 DIAGRAM OF HEAD TO INDICATE METHOD OF FINDING THE FISSURES OF ROLANDO AND SYLVIUS BY REID'S METHOD

SYAFISS. Anterior branch of Sylvian fissure; POFISS. Parieto-occipital fissure; TRANS. FISS. transverse fissure along line of tentorium; A, External angular process of frontal bone; B, Occipital protuberance; CD, Anterior perpendicular in front of tragus; EF, Posterior perpendicular through back of mastoid process.

線上斜向下前。至前豎線中處。乃顳罅（大腦外側裂隙）交界處。

若欲覓顳罅 Fissure of Sylvius 之位置。厥有三法。（一）即距顴骨之上。額骨外角之後。（見圖A）一寸零四分之一。由此點起。至顴阜最凸處之下一寸之五分之三畫一線。此線前段之一寸之四分之

第二百八十二圖

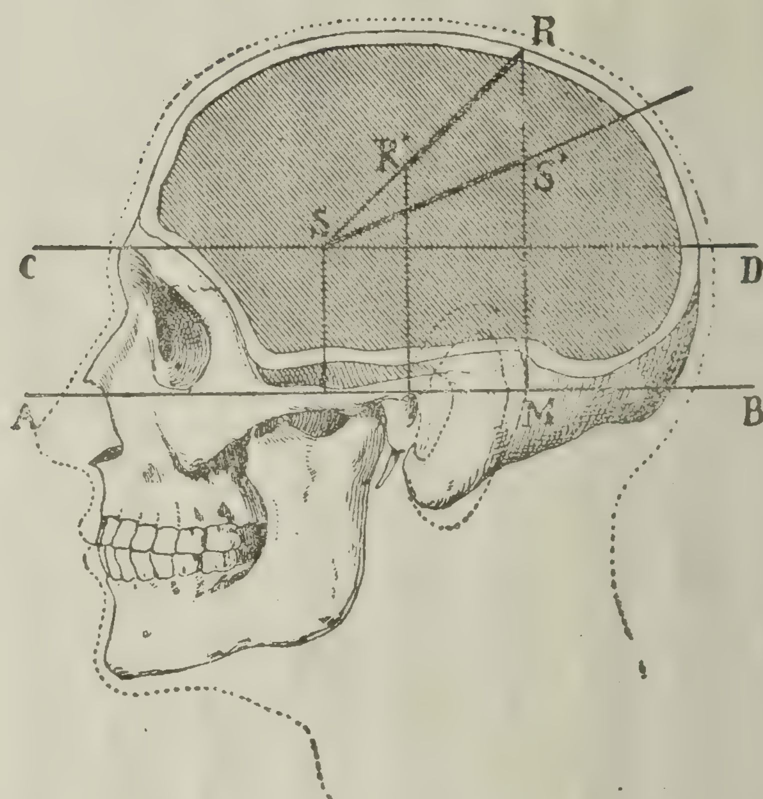


Fig. 282 KRÖNLEIN'S METHOD OF LOCATING THE FISSURE OF ROLANDO (RR') AND THE POSTERIOR LIMB OF THE FISSURE OF SYLVIUS (SS')

克倫來印氏法乃指明額顱罅(RR')及顳罅之後枝(SS')

三。即爲顳罅未分枝之處。由此處起。其前枝豎向上長有一寸。其後枝循線向後。若循線至顱頂之中線。即恰在顱顬罅 (P.O. FISS) 也。雖如此論之。然細心考察以上之所言。究不足定爲確據耳。

(二)即夏氏 Hare 譚氏 Thane 二君之法也。在大人之髏骨。大約用此法爲準。蓋欲覓顳罅分枝處之點。須由額顴縫起。向後橫畫一線。長三十五・千分米。由此線之尾。向上畫一豎線。長十二・千分米。此豎線之尾。即此罅之點也。若畫一線由額顴縫起。橫過顳罅點。至顱阜之下。即顳罅之後枝。其顱顬罅外枝之位置。適合於顱顬縫也。

(三) 克倫來印氏法。Krönlein (見第二八二圖) 指明額顱及顳罅之位置。較他法略便於用。其法。乃繞頭顱畫二橫線。下一線(AB)由眶下廉起。經耳外管。上一線(CD)由眶上廉起。與下線平行。又由下線處畫三豎線。(一)前線由顴拱中點起。中線由頷骨髁起。(3)後線由顳凸後廉起。直至顱頂。(R)前者至上

橫線處。(S)又由R至S畫一斜線。其中線畫至與斜線相遇爲止。再將R S D之角中畫一線。分爲兩半。此線(SS')乃指明顳罅之後枝。R與R'乃指明額顬罅也。

開顱法 METHODS OF OPENING THE CRANIUM

昔人開顱之器具祗一圓鋸又名環鑽。Trephine 今既多悉顱腦之患。且甚知防穢之法。故開顱之術多而且妙。

(甲)治顱傷害者。如不必大顯露其腦以察之。即用此圓鋸穿其顱足矣。今之圓鋸式第二百四十五圖所持之橫直柄。乃以金類爲之。取其易於滅穢也。下之圓形。則儼如冠冕。且其鋸斜落。而非直垂。免其入顱過速。致傷腦筋衣。割開之顱皮。須向下反摺。俾其多得血養。如防其流血甚多可先以庫秋帶縛之 隨將骨外衣剝離其骨。即將鋸中之錐伸出。徐徐鑽入。迨入至顱骨絨質。則多有血出。斯時切須小心。因絨質距腦筋衣不遠也。鑽時。當頻以探針探其鑽透否。緣骨之厚薄各處不同也。所鑽之骨薄片。用骨撬取出。取出骨片時。若骨絨質多流血。須以有力之鉗壓之。或用何司雷氏蠟。即卡波利一份油二份蠟七份造成者 塞其流血處。若已開之孔小。須用海氏鋸。或咬骨鉗開濶之。

(乙)大凡腦瘴。多有不必用圓鋸開之者。因此患約由顳凸有膿而起。或額穴有膿而致也。在此二處。用蛾眉形鑿 Gouge 開取其骨。則直至腦穴矣。既開其孔而欲濶大之。用咬骨鉗可矣。且有醫士

於開顱時。喜用鑿過於用圓鋸也。

(丙) 苟須大顯露其腦者。如腦有瘤。厥有數法。(一)有醫士用二寸寬之圓鋸以開之。惟其處如許之大。而骨之厚薄不同。其鋸槽之淺深難得一律。(二)如所取之骨片有不須置回者。宜先以小圓鋸開之。後再用咬骨鉗開濶之可也。(三)有洼革納氏 Wagner 修補骨術。近來多用之。此術乃將顱皮與其下之骨一併翻下。而露出其腦筋衣。有外科士喜用木槌擊鑿。循顱皮之割口鑿開其骨。但以此法爲之必須妙手。不然、則恐顱腦受震矣。亦有用圓鋸開之者。最佳乃在顱皮之四角先鑽四孔。後用海氏鋸或基革利氏鋸 Gigli's saw 其鋸即琴之鋼絃繞以螺齒者 先以探針從其孔下探過至對孔。於是引過鋼絃。用手持其兩端而鋸之。或以咬骨鉗鉸開左右兩側。其上側則用海氏鋸斜鋸之。其下側則用基革利氏鋸鋸其內面。如此則上側之骨邊斜而非竪。迨置回此骨時。可以阻其骨陷入顱內也。夫施此術其險不小。因甚有流血及腦力猝衰之危。須先施開顱術。俟一星期或十日之久。再治其腦內之患可也。

腰脊刺術與腦患之關係

LUMBAR PUNCTURE IN CEREBRAL LESIONS

今者多用刺腰脊管術。以取顱脊腦液。因此液於診斷顱及顱內之患有所資助。更有關乎療治之功也。取此液之法不難。乃以粗堅注射針。煑之以滅其穢。刺於腰第三四椎間處。然須切記第四椎

後峯之平線。恰與髂上廉齊。　刺處之外皮。亦須潔淨。病者躺或坐俱可。但必大彎其背。其針尖由第三四脊椎間處中線刺入。或離其中線之左右一寸之三份之一。其刺針之方向。須向前而畧上。平常必於脊腦之下直入脊管。其液即隨之而出。若刺入之針被骨所阻。則拔出之。另從刺處之上下或左右畧斜刺之。倘仍不能入。則試從第二三椎間處刺入。其所流之液。平常乃滴滴而出。若液之壓力大。或則突出矣。

正當之腦液清而似水。畧有鹼性。比重為一〇〇六至一〇〇八。且含腈腥及化銅强礬為銅弱礬之質。亦或有淋巴脒少許。大人之健全者。有液一百西西至一百三十西西。若有出路。如顱骨折等。其液增生甚易。而流出甚多。大約原從腦脈纓(又名腦血管衣纓) Choroid plexus (脈絡叢) 所生。而被靜脈竇所收。不但大腦及脊腦被其所浸。亦存貯於腦房內。且通至腦外層之淋巴管。及周圍腦經。

除瘰桿穉所致之急性腦膜炎 Acute meningitis 外。其液濁而胎多。且有脒若許。最多者係多核白脒。若用合宜之染色法。或培養穉法。其穉則可查出也。

瘰性腦膜炎。其液幾盡清。所含之胎與淋巴脒畧多於常。其瘰桿穉在液中罕能尋見。無論何種脊腦膜炎。其液之壓力增加。故針噴出矣。

在大腦瘡 Cerebral abscess 及蝶旁血竇(橫竇) 結血塊者。其液與常無異。但壓力或甚大。髏底或脊柱折。或顱腦面受傷者。越數小時其液內有血。摻合甚勻。

此刺腰脊術。多以爲診斷之用。其療病之益。尚未見發達。蓋有時患腦膜炎者之昏迷。約因此液過多。用此術放之。病狀則可減輕。故論刺腰脊術之益。盡關乎能否減輕其腦液之壓力。又關脊腦膜粘着之性質及位置何如。因此用此刺術。仍未能決其與患定有利益。因不知其粘着何如耳。然因此術易施。故凡患腦膜炎者。應以此術理之。或有可望之處也。若顱腦受傷而不甚重。液之壓力亦不甚劇者。用此術或可有益。若腦生瘤者。此術宜謹愼用之。曾有放出少許之液即至殞命者。因液去致腦底被壓更甚也。

亦有隨此術注射藥於脊管者。如患痙症用抵痙血淸。或鎂硫强礬。患酒狂者用鈉氪壚等是也。又有於癱症第四期之患。雖用伐色曼氏法試其脊腦液而有癱應。但用平常抵癱藥則無効。乃用此術射藥者。亦不見甚効。

頭受傷所致之顱腦患 GENERAL CONDITION OF BRAIN AFTER HEAD INJURIES

此患由於顱受傷致腦失其功用也。因大腦質攪亂。或兼有流血之害。

顱腦受震 Concussion of brain 其受震之狀輕重不同。有暫暈眩而知覺亂者。有不省人事者。與腦力猝衰甚似。此二者有時難以辨別。 迨死後剖驗之。亦與腦力猝衰無異。即肺及腹屬內藏與心右部盈血。查其腦有點形瘀。或腦質壞爛。此等病狀。不敢確定其爲傷所致。亦不敢謂顱臟腑腦經被激而反應所致。因所顯

之狀與此二故大不相類也。然近有謂或係髏被擊。而骨暫凹。致液壓延腦繩柱繩狀體也。此液約由腦旁房側腦室忽被逼出。行入腦房道。至小腦前房。第四腦室昔曾用法試此說合理否則見小腦前房頂已破其底已受痏其道已被撕可見此說實爲有理也因小腦前房底有數要司所在焉。可知此處受害。而顯狀如此其甚也。

病狀　其狀輕重不同。受震重者約全不省人事。雖然如此。若大聲呼喚。亦能令其振覺。平常患者仰臥。肌鬆而柔。瞼合。睟失應覺。瞳孔大小不定。惟兩瞳均爲一式。雖係縮小。然以光照之其光應仍存。若傷重者。瞳孔開大。以光照之亦不縮小。全身色白而涼。且有冷汗。呼吸緩而淺。常發嘆聲。脈速而弱。按之如無脈然。温度過低。圜肌弛緩。或便溺自遺。傷輕者。雖有反應。但無力。若傷略重。則反應或無矣。

此等情形爲時可久。其不省人事之狀隨漸加重。以致死亡。亦有顯發炎、或顱腦被壓、或腦被惹之狀者。若傷輕。不久則腦力恢復矣。病者須安臥床上。以熱物暖其手足。其恢復之初狀。乃呼吸及脉數略增。或能自道其姓名與住址。有時能自輾轉。或能將其被牽覆面上。如覺凍然。此因其皮欠血而覺冷也。後則漸有知覺。其靈心與身體之功用漸能復初。迨作嘔後。身體之功用則皆如常。其作嘔之故。乃因其腦先則欠血。後則其血過多也。

越數日或有頭痛身熱。不久則漸輕而瘉矣。惟有時腦易受惹。故須令其日久安息。然有時所遺之後患。可表明其時所受之傷較重。蓋顱腦受震之後患。或有一處失其特功。如記性、或聽功、或視功

等。或失識地名。識人名。識時日之功。亦有口訥及視力弱者也。如此者、厥後若使之任何要事。其靈心或顯不穩。或成幻性癲。或痘性症等。亦有腦力衰弱而不能任事者。凡受傷重者。於受傷時之景況全不記憶。又有於受傷時前後數日之事。或二三星期之久不復記憶者。此二星期之間。雖有片刻清醒。然仍不復記也。

治法　治顱腦受震之法。與治腦力猝衰者甚似。宜安臥於床。略低其頭。以暖氊蓋之。置熱水瓶暖其手足。摩擦其全身。不必定施激藥。恐令其腦流血。可用熱咖啡射入肛內。若瀕危。則須服伯蘭地酒。或以空針射士的年。若病者非甚危。則於復省之後。宜服瀉藥。即加路米五厘。Calomel 0.3gm 或巴豆油一二滴。滴於沙糖上服之。若甚危。雖至不省人事。亦須服之。宜安臥於床。至少十日或二星期之久。雖自覺痊癒。亦勿令其任事。勿多與飲食。空其腸胃。亦勿令人喧擾。倘患者不醒人事甚久。及無髏折之病狀顯出。宜用刺腰脊術或者有益。（曾有一婦人。欲尋自盡。由樓窗跳出。致顱受震而不省人事。時輕時重。經二三日之久。後用刺腰脊術導出含血之液數錢。立即復省而不再發。）若刺術無效。可薙淨其髮。戴以冰帽。或蟠以涼水管。又按時令其大小便。所臥之房宜暗靜。理之者須柔聲輕步。當飲食之時。則以羹匙喂之。如不能用羹匙。則須從肛射入。或用喂筒由其鼻灌入。

大腦急躁 Cerebral irritation　夫腦急者。即其靈心身體甚易激惹也。在顱腦受震後有時起此患。平常多因被擊或跌倒時。而其太陽或額或顴先碰至地。又或因大腦額處之淺面被撕。至痊時所

來之血過多而致此病也。

病狀　其狀確而易見。平常在損傷後二三日顯出。或較此略早。病者側臥時。身全屈。背向後弓。雙腿拳上。膝貼於腹。其手與臂交貼於胸。躺臥不安。時行輾轉。然仍不舒身。其目緊閉。使之開而愈閉。其瞳孔縮小。溫度每高於常。惟全身外面及頭俱涼。脉數平和而弱。圜肌如常。而大小便自遺。有時積尿。須用導尿筒放之。患輕者或能自行小便。畢即復臥。病者非不醒人事。惟不理外界之事。激惹之則易怒。設有人擾之。則切齒攢眉謾罵而忿恨。並示其不欲人擾也。越數日或一二星期後。大有轉機。激惹狀減少。能自舒伸。其脉搏與溫度亦皆畧好矣。有時靈心漸變。所有之性情。儼如小兒。凡人物之名。須復行指授。亦有時喜談其所經之病歷。及損傷之由。但所談者日各不同。且關於受傷時前後之事概皆遺忘。過此其腦則復原。惟必有後患隨發。如慢性顱腦衣炎。或靈性錯謬。

治法　須令其安靜。勿喧擾之。及與以易消化之食品。其頭枕宜畧低。薙淨其髮。若病者能戴涼水蟠管。則妥置於顱上。如其管不能常涼。則不如不用矣。又須常利其大便。服以氫鹽之小分劑。若服鴉片亦能有益。倘顯顱腦膜炎病狀。即溫度與脉搏加增、頭熱、睡臥不寧等。則於頭之單處敷起皰藥。或置水蛭。兼服加路米可矣。

顱腦受壓 Compression of the brain　係顱內遇非常之壓力。以致阻腦之功用也。壓患初起時。脊腦液若由顱壓至脊管處。或被唻於他處。則其病狀或能少減。但壓力愈加。腦患越甚。始則腦外質之

司所受累。後則延至延腦。其壓力加增之表顯。先則該處暫受其惹。後則顯有癱患也。按損傷所致之壓。其故有四。(一)因骨凹入。或因外物在內。如此者、先有顱腦受震之病狀。漸則變爲受壓之病狀。於是不省人事。此病狀因流血而致者。較多於因顱受損傷也。(二)因血滲於顱骨內。或腦硬膜外。或腦面。或腦質中。若流血在硬膜外者。於將受震尙未受壓之間。畧省人事。繼則顯顱腦受壓病狀。若傷在腦者。其受壓之病狀則立時顯出。(三)因腦內起急汎佈性痳腫。詳論於後。(四)因積炎液或膿所致。然必先有發炎病狀。其受壓之狀。即最速亦必俟三日或一二星期始現。又有因自流血、或瘤、或癯瘤、或瘅所致者。其瘅乃由中耳炎也。

病狀 其狀與昏迷者相似。病者仰臥。甚不醒人事。大聲呼喚或搖動亦不醒覺。呼吸緩而難。及發大鼾。呼氣時唇凸而頰鼓。其所以發大鼾者。因腭廉癱也。呼氣鼓頰者。因面肌癱也。久之呼吸速而亂。瀕死時。則有潮樣呼吸。致呼吸盡失其功用而死。當病狀初起時。其脉漲而緩。此因司血管所及顱臟腑腦經被惹也。厥後脉速而亂。因延腦司所被壓。致其力耗竭。其全身之皮面或涼、或熱、或出汗。温度亦然。大約初則較低。後則較高於常。臨死時則甚高。倘只壓其腦之一側。則其温度兩側不同。其瞳孔開大。以燈光照之不應。瞳孔之大小。關乎腦之何處被壓。及壓力之輕重。若大腦之各處皆受壓。則兩瞳俱顯縮小。後漸張大。惟開大之後光應則不復原。若大腦之一半球受壓較重。本側之瞳孔縮小與開大諸狀。發現甚速。然腦對側之瞳孔。其縮小開大及光應諸狀。則顯現較遲。故

常見其瞳孔之縮開與光應左右各不相同也。至末期。其全體之司動功用皆癱。若傷在一側者。在初期其癱狀左右不同。設傷在左半腦。則身之右側盡癱。而左側之肌。大激腦時仍能應。若大腦之司運區單處受壓者。該處所司之肌瘈瘲。膀胱被癱。致尿積閉。同時肛圜肌弛緩。大便自遺。然有此患者。約每大便秘結也。　亦有病狀初起時。其頭甚痛者。一因腦筋衣被壓而撕開。一因腦血運失其常也。蓋人之腦質原不覺痛。故覺痛者。非因其腦受傷損及受壓也。其病狀之輕重。關乎其壓之原因。其病之情形。關乎所壓之物能取出否。或壓物能自消散否。

診斷　昏迷者。與顱腦受壓者。若知其病歷。則無難辨別。有時病者之狀。人易知其由顱腦受壓而致也。設路遇一昏迷之人。既無病歷可稽。又其顱無甚傷損。如此則診斷難矣。因昏迷者之原因甚多也。(一)顱腦損害。如中風是。無論其因流血、或漂團、或血管內結塊所致。亦有昏迷因癇症之瘛瘲、或腦急汎佈性痳腫、或腦瘤、或腦瘴而致者。(二)有數種毒質。亦能令人昏迷。其由外而入者。如酒、鴉片、或他類痳醉藥等。其由身內起者。如腦中尿毒、或糖尿症等。(三)中暑或中寒。均能令人昏迷。其中寒者診斷則易。如病者身涼、面白、腦力耗竭等。至於中暑。或不能立時診斷也。(四)須記昏迷者。可有以上之原因二或三同至。如有一醉人跌而折其髏。嗅之有酒氣。往往令醫士誤行診斷。

由此觀之。為醫者切須小心查視。始能確知其昏迷因何而致。蓋以其病狀多有不能當時即行診

斷者。因此凡遇醉人跌倒。宜命人愼爲看護。勿即牽至警廳而拘囚之也。

醫士當診斷病時所宜留心者有五。如下。(一)凡診斷時環觀病者之四圍。察有何物。或有血塊與嘔出之物近於其身否。又查其傾跌處之軟硬。與其臥式如何。(二)須稽查其昏迷之輕重何如。倘能醒覺。則詢其何因而致。(三)須留心查其全身之情形。先查其體有折否。並查其皮面之温度與脈搏及呼吸何如。又須查其舌有咬嚙否。因昏迷由癎致者間或有此。且須嗅其口有酒臭否。但不可因有酒臭即定其確係中酒。因受傷後或有人以酒救濟之也。更須查其瞳孔何如。每足以資助診斷。因凡服鴉片尋死者其瞳孔縮小。而左右相似。與橋腦流血者無異。至於因中酒而昏迷者。其瞳孔開大直視而定。然此等之瞳孔。各人或不相同。又須查其身之反應力如何。倘身之兩側不同。乃表明其大腦半球受傷矣。 又須用放尿筒以放尿。查其有糖有胎否。 (四)如疑其因醉或服毒者。愈須將食物抽出而洗淨其胃。(五)倘診斷仍不能確定。則須令病者安臥於牀。命人小心看護之矣。

治法 宜查明其病原而除之。有骨凹或外物者宜去之。有膿者放之。有血塊者取出之。如此法無效。且施刺腰脊術。仍不能減輕。只須命病者安臥。令其頭畧低。以法涼之。並宜令其居於幽暗之室。勿稍喧擾。宜利其大便。(如用巴豆油滴於沙糖上搓丸服之或用射肛藥類)且用導尿筒放其小便。如不能從胃入食物。則由肛射入。倘其呼吸難、或脈弱、或皮色青紫。則須施剖靜脈術以放其血。若舌後捲。致阻呼吸。(似用迷蒙藥過甚然)

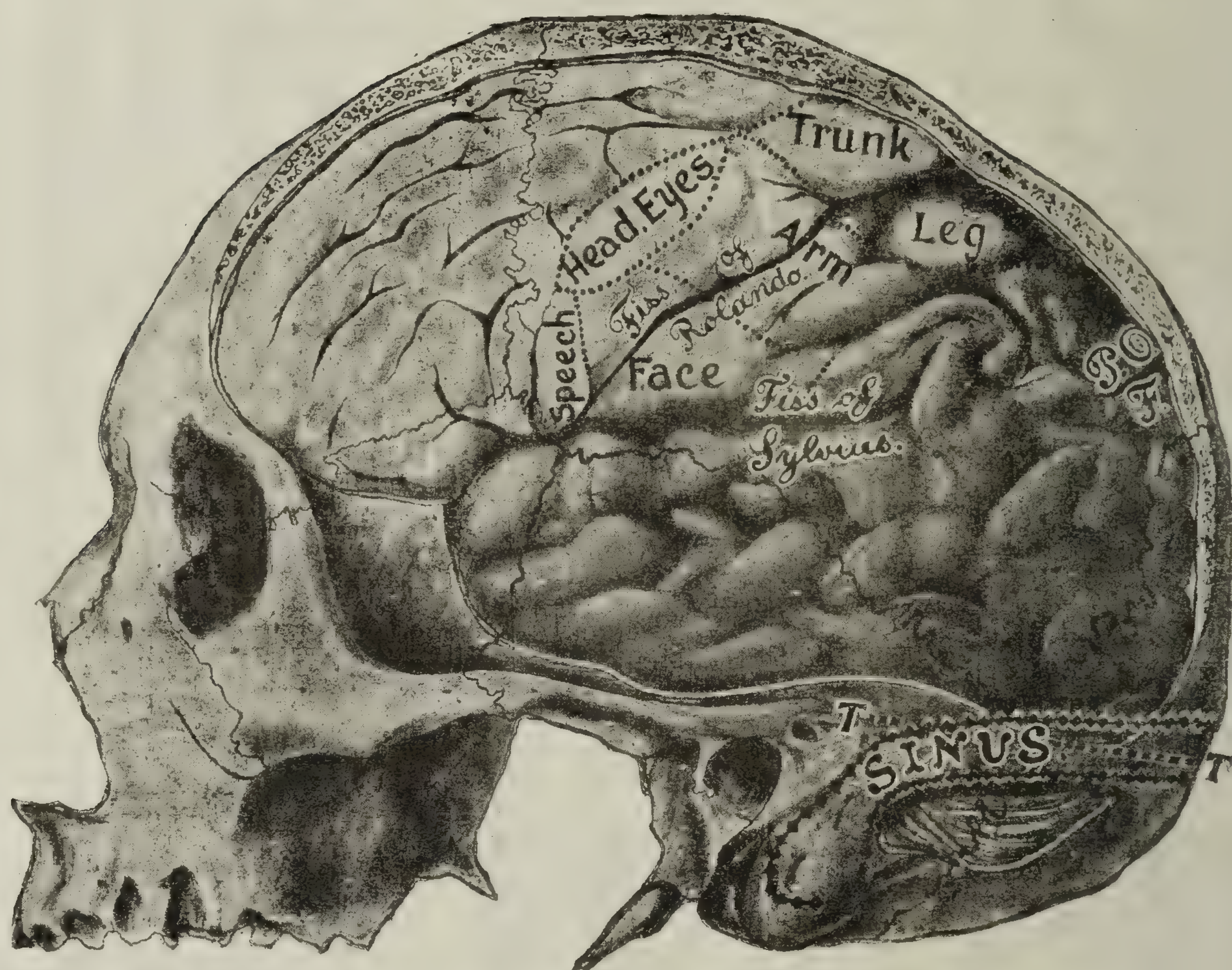
則須側其頭而牽其舌向前。

顱腦撕裂 Laceration of brain　凡顱受傷害者。其腦質與腦衣多受累及。故後成重要之雜患者。皆因此而致也夫顱腦撕裂之故不一。其病狀亦不一。最宜辨別者。乃撕裂處有氣通入否耳。

(二)不穿入之顱腦傷 Non-penetrating wounds　此傷因受重擊或跌落所致。蓋能令其顱骨凹陷。或單純折裂耳。但最重之狀乃骨不凹陷。與未折裂。夫骨凹而折者。其腦有痏。或在凹折處之下撕裂。有時受傷處畧顯痏狀而骨不凹。惟所傷之對處其害較重。昔有一人患癇症。跌於石上。而擊其左顳骨。以致於死。後經剖驗。見該處之骨裂折。左顳腦回處畧痏。而右之大腦額葉處倍甚。且攪壞。此因其傷力直傳至顱之對處。故該處受傷尤重也。亦有偶然被擊而腦內之傷不重者。如槍彈之行力將盡。而中人頭上。其所致之傷。惟只顱骨下之腦有痏耳。

病體　腦受傷害。其當時之狀不一。或只在灰質面有痏。而滲出其血數點。或其腦面之淺層攪爛。且有血塊攙雜其中。若腦質破裂。該處則有血塊粘着。或入蜘蛛膜下腔(腦潤衣下間)或入大腦旁房(側腦室)然此甚罕見之。其受傷後之狀。若傷處不通於外面。約有發炎或變壞之狀。當受傷之後。約片時即有液滲出。致腦質痳腫。或可倏而消退。惟受傷甚者。則漸成延潤痳腫。此因腫脹壓其軟腦膜、(腦血管衣)淺面之靜脈。致阻其血之運行也。於是滲液愈多。而腫愈甚。竟至壓及全顱。或致人速死。如此者。其腦之大半腫而光亮。傷處之色黃紅。且有數血點散在其中。久之腦質變壞。因其血不能如常之

第二百八十三圖



此圖表明大腦之功用

FR 額顱罅　　POF 顱頰罅

Fig. 283 DIAGRAM REPRESENTING THE FUNCTIONS OF THE CEREBRAL CORTEX
POF PARIETO-OCCIPITAL FISSURE TT 腦帳膜 SINUS 竇

運行也。由是則有黃色似瓤之軟塊。其軟最甚可以水冲去塊內有脂粒及含顆粒脒類與碎質。即壞腦經絲所成之廢物苟軟塊不大。則可漸被㖒而成爲瘢痕。病者或能痊癒。若軟塊大。累及腦司所之要處。則人必死。或漸起癰。若腦已被扯破而癒者。該處則成凹形之堅瘢。其瘢與腦衣相貼。並有瘀血晶在其內。滲出之血變爲棕色之薄片。與軟腦膜相貼。或蜘蛛膜亦變成袋。

病狀　其狀關乎傷在何處及輕重而異。如顱腦受震而恢復者。醫士料其腦內必有扯破或痏傷也。患輕者。當其恢復時。作嘔後溫度即升至百度。(37.8)歷數日之久。斯時病

者云。頭之某處疼痛若以合宜之法治之。其痛能瘉。惟感覺或顱腦之功用畧缺耳。患重者。因有血滲出。故所顯之病狀不一。或逾二十四小時。或四十八小時始顯、若當時顯顱腦受壓之狀。而無片時清醒。可知其顱骨必有凹傷。或有血滲入腦質矣。若受傷後先清醒片時。始起顱腦受壓之狀者。可疑其硬腦膜外流血。此血乃由腦膜血管或靜脈竇而來。又可疑其腦速起延潤之水腫也。

苟有血滲入腦外質。則顯激惹或癱狀。其狀之輕重。則關乎延累腦外質之大小。其昏迷之輕重。則關乎其血滲出之多少也。

若傷在額上回及額中回二處。則不顯司動司覺之病狀。惟腦易激惹。令人畧痴。若累及左側。則其痴愈甚。苟係常用右手之人。則傷損大腦右額葉。無甚要礙。由此觀之。似乎人之覺悟智慧。係腦之一側司之。司言語亦然。

傷在左額下回者。則失司語能。名失語症。Aphasia 此係常用右手者則然。至係常用左手者。若傷其右額下回。亦可失司語能也。蓋凡受傷損無論左右。祇在一側者。則其對側漸能代受傷側之功用也。若血流入司動處。運動區 則該處所司者起瘛瘲或癱患。其輕重乃關乎所流入之血之多少。若流入之血漸多。則其瘛瘲先發現於當時不隨意動之處。而延及身之他處。若血流入左側之腦外質。而累及司面所。其面之右側則癱。在此不隨意處即起瘛瘲。漸延至頸、臂、腿等。後過左腿、臂、頭等。卒則累及全身。如癇發作然。每瘛瘲一過。其癱處遂較大矣。

有時腦外質流血。難確斷係由外質而來。抑由蜘蛛膜下腔（潤衣下間）之軟膜靜脈而來。然由此靜脈來者。病狀早顯。癱患畧輕。瘛瘲較亂而濶。　若司動頭眼處受激惹之傷。則兩眼同向對側而斜。若受破壞之傷。則兩眼同向傷側而斜。

若傷在顳葉。則暫顯半盲症。除短回（回角）全壞外。則不能久盲。

若傷在顳上回。則失其聽功。因該處有外質司聽所也。至於顳下葉之前部之勾回。乃有司齅之功。

若腦帶形徑（放線冠）處受傷。其上之外質所司之處則癱。惟無瘛瘲或他激惹之狀。如腦紋結（紋狀體）或豆結內徑（腦內繫或名內囊）扯破。或受流血之累。必速昏迷及偏癱（半身不遂）或偏身痲木。有時所滲出之血。決入大腦旁房（側腦室）致身之温度忽升。至其熱漸升而無救。且其脉速而弱。呼吸甚急。（一分鐘有四十或六十次不等）

若小腦受傷。頭則發暈。而行動失和。病者搖動如酒醉。　若大腦蒂（大腦脚）受傷。其對側則顯偏癱。且偏身畧失感覺。傷側之動眼腦經亦受累而全癱。

若橋腦有扯破或痏傷。倘不立即死亡。其身之對側則癱。且傷側第五六七腦經及第九腦經皆癱。此名爲交叉癱。Crossed paralysis　瞳孔或亦甚縮小。

若在延腦受傷。多有致命者。若不致命。則其呼吸及血運之功用皆不如常。或起潮樣呼吸及糖尿症。

大腦扯破傷之後患 Later results of cerebral laceration

有人受傷後。日久不醒人事。後雖自瘉。惟

腦力未能復原。故其才能不如昔日。其温度與上文顱腦受震後數日見癒時所顯之温度相似。此後傷處則顯次急性或慢性炎。其頭痛之狀。即發炎之明徵也。如此者。則炎之滲出質或甚多。經四五日致令人昏迷。間有於腦白質之深處生瘅者。若然、則於受傷後十日或十數日。即有瘅病狀顯出。 若顱腦衣成瘢。與腦質相粘。日久則恐發癇。

治法 治此患常令醫士罣懷。約無他法。只可依顱腦受震、受壓、易受激惹、等病治之。已論於他處。茲不復贅。若有骨凹者。可以割術治之。倘早現瘛瘲及癱狀。則須細心考究。或可知其血由何處而流。既查明其血流之處。則以圓鋸開一孔。去淨其內之血塊。後將流血之動脈縛住。可以望癒。但醫士雖曾施此術。而結局佳者甚屬寥寥。若遲發因炎所致之瘛瘲及癱狀。則須薙淨其髮。戴以冰帽。或施刺腰脊術。若其脉滿硬者。苟少壯無他病。不妨施以靜脈剖術。及服瀉藥以通其大便。即巴豆油並宜服大分劑之氰鹽。若仍瘛瘲。且愈久愈甚。恐因昏迷而死。故宜以圓鋸開一孔。覓其血塊。雖未必覓見。然亦可令硬膜畧顯弛緩也。

(三)穿入之顱腦傷 Penetrating wounds of the brain 多因擊或跌而致。其與穿皮骨折或骨凹折無異。亦有因外傷侵入如槍彈之類或刺傷。多在顱之最薄處如太陽及眶上回等處又有因腰刀、或斧斜劊其顱皮及顱骨。致腦膜並腦質露出者。

有時受如此重傷。然全身所顯之病狀甚輕。即使腦質畧突。而顱腦亦無甚受震之狀。若傷處流血。

雖外狀甚重。然血旣能外流。其狀較不能外流者猶輕。凡傷後由穢所致之炎狀。係單處或蔓延無定。若係蔓延之炎。越二三日顱腦及其衣必皆受累。以致人死。若係單處之炎。其傷處之炎則彼此粘着、而阻其炎延及隣處。但此後恐有大腦脫露、或腦深處生瘟之患。若傷後免染膿穢。其病狀與不穿入之傷無異。惟其結局較彼畧佳。因顱有傷孔、而其壞質能由此而出。故無單純性或蔓延性之痳腫而壓其顱腦。若其傷累及司動所。至終有一處獨癱。或傷性癇。此因外質有粘着之患也。

治法　凡穿入之傷。必須詳細查明。如見有骨凹折或碎骨。則宜取出。如近傷口處有外物未曾深入。亦宜取出。若槍彈已深入。或經過腦而折其對側之骨者。倘設法探覓之。恐不甚佳。若受傷者之力足。莫妙於將碎骨取盡。而用防穢法割一口。覓其隣近之處有槍彈否。如覓之不得。然亦無甚大害。若其腦突露。宜輕輕割去。即用廿分之一之卡波利酸溶液遍洗破傷之處。亦無妨碍。如能縫其腦筋衣。則以線縫一二針。又置引流筒。或紗布一條於傷內。有時用金或鉑片置於腦外質與腦筋衣之間。以免其粘連。顱皮縫合時。宜留一孔。以置引流筒。若無危險之狀。越二日可以除去。如因其染穢致體溫畧升者。須再開其傷口。盡心設法減輕其緊張。以免其患蔓延。倘病狀漸劇。則知其炎延蔓。須按治急性腦膜炎法治之。

此章惟論腦扯破。而不論骨炎之情形者。因骨炎已詳於上文矣。然腦扯破者。每有發骨炎之兼患。故醫士不能拘以上治法之成例也。

顱內血管損傷 INTRA-CRANIAL INJURIES OF VESSELS

(一)靜脈竇破傷 Wounds of venous sinuses　此竇（血埂）受傷者。多因骨折、或為尖物、及骨碎尖鋒所刺也。如上縱、石段下、頄旁、蝶旁等（矢狀上、岩、橫、海綿等竇）皆能受累。惟上縱竇受累者最多。因其與骨更相連也。有時骨凹折而竇內不見流血。迨撬起骨時。始見靜脈黑血湧出。　若無外傷而竇外壁被扯者。其血則能令硬膜與骨相離。並令腦被壓。其狀與腦膜中動脈流血相似。惟竇不甚流血。因小壓力能令竇貼於骨。而阻其血流也。如竇內壁被扯。則血在腦膜之間而流。與蔓延性腦膜流血無異。若其外面有傷口。則見靜脈之血流出。但其血流易於壓止。罕有因此而死者。最可慮者。乃染血管血結塊及稚串瘴。亦有因空氣入竇而死者也。

治法　以無稚紗布塞其竇。外用防稚布蓋之。或須先去其碎骨。始可見其竇而塞之也。若僅外壁被扯。則以線縫之。不阻其通路可矣。染性血管血結塊之狀及治法詳後。

(二)腦膜中動脈破傷 Wounds of middle meningeal artery　此動脈從蝶峯孔入髏。分為前後二枝。循髏骨與硬膜之間而行。其前枝受傷。多在其經顱骨前下角處。在該處之骨被折時也。有時此動脈撕破。因頭一側受重擊而硬膜離位之故。（惟其骨不受傷）因動脈在此處從骨管而出。硬膜既離位。而其動脈亦被牽而離位。致被骨管內層撕破。無論硬膜曾否離位。其血則聚於骨與腦膜之間而壓其

第二百八十四圖

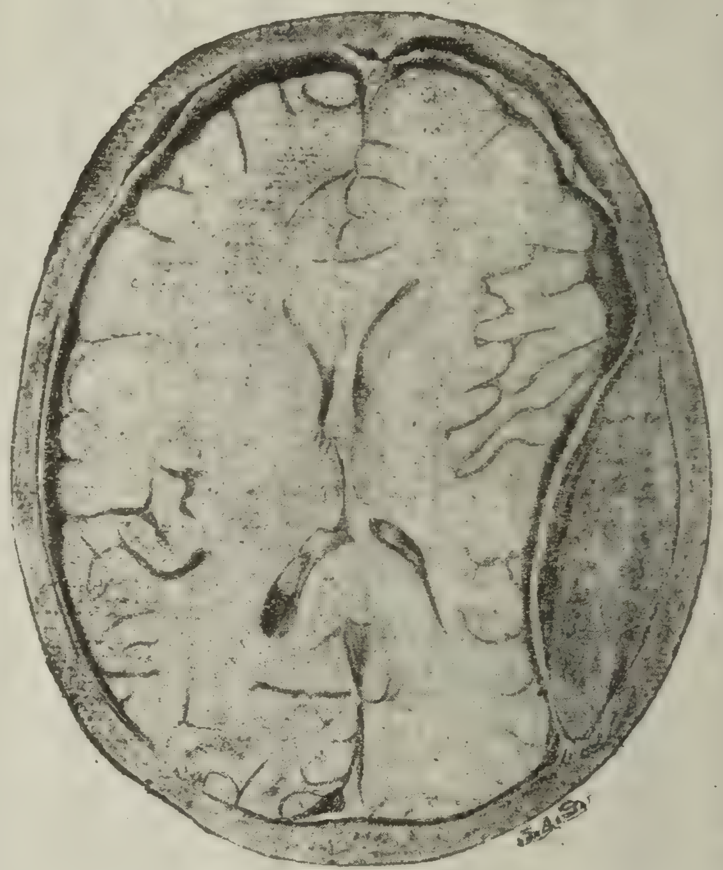


Fig. 284 MENINGEAL HEMORRHAGE

腦膜動脈流血
可見血積硬腦膜與顱骨間

腦。漸滲至髏底。（第二百八十四圖）此因動脈之壓力如壓水筒然。凡流質壓入一穴。按其穴面積之大小而其壓力倍加。顱內之血塊。其徑罕有過四寸之寬。者至於此脈之後枝受傷者。百人中只有五或十人。

病狀　不甚顯然。因腦髓他處亦兼受累。或有加雜患同時顯出。此患平常之顯狀有三期。（一）顱腦因重擊而受震。（二）傷後暫復甦醒。（三）傷後二十四小時內漸至昏迷。溫度不甚高。然有頭甚痛而嘔吐者。其復醒之時間。長短不一。長者只一二小時。甚短者不過霎時之間。隨復昏迷。究之醫士或不易識定。亦有病狀延至一日或數星期始顯者。幸有三狀稍爲醫士辨別之助。（一）因血塊近於腦外質之司動所。尤貼近於司頭及臂動之處。故必顯頭臂抽動之狀。隨即成癱。而後昏迷矣。（二）血塊若至髏底。則蝶旁竇被壓。致顯眼球靜脈盈血、眼肌癱、眼球凸出、瞳大、發熱等狀。（三）若骨裂折。則血能流入太陽凹。致該處漲滿。

結局　不佳。有醫士曾治患此者九十九人。僅有十六人痊癒。

診斷　硬膜外流血。與腦內流血。最難診斷。但腦內流血者。其顯狀較速。倘累及司動所。腦外質之病狀必顯。且脊腦液內含血少許。惜此流血之患。常見內外同時而發也。縱即斷定其係筋衣外流血。而其血係由動脈而來。抑由靜脈而來。亦難確定。

治法　用圓鋸開一孔。取出其血塊。並縛其動脈。此脈之前枝。在額骨之額外角後一寸半。顴拱上一寸半。（第二百八十八圖F）未開孔之先。須在此處以錐刺入至骨劃一記號。以定其處。再薙淨該處之髮而滅其穢。所割開之顱皮。向下反摺之。（第七十六圖A）記號上作十字形之割口。將骨外衣反摺。至能容一寸寬圓鋸。於是取其骨一圓片。即見血塊以指碎之。用水洗出。或以指刳出。如見硬腦膜上之動脈流血。可提起以線縛之或扭之。或用細曲針及腸線。從動脈底穿過縛之。如血從骨內之管而來。則割去骨之外層。至能見骨內之管為度。於是以蠟或防穢布類塞之。其後不至有何妨碍。將所反摺之顱皮蓋於原處縫合之。暫以引流管置於該處。

至欲尋其動脈之後枝。則宜施圓鋸於顱阜底。與動脈前枝平面相齊處。即李德氏底線上一寸半也。或欲尋其畧近之起端。則在額外角一寸零四分之三。及顴拱上廉上四分寸之一處施圓鋸。

(三)頸內動脈傷 Wounds of internal carotid　此脈之顱段受傷者甚罕。若全斷其人必死。此傷多由眼眶受刺或被槍彈所致。亦有因髏底折骨之碎尖。致穿破其動脈也。若頸動脈管畧裂。無甚大害。因其動脈在管內與管壁不相貼。然亦有此動脈畧被扯破者。致後成為動靜脈通囊。即頸動脈與

蝶旁竇相通也。

治法　此患甚重。當醫士未至之先。諒其人已死。倘或未死。則壓其頸動脈之幹。或在頸處縛其動脈。除此治法之外。無他法可望其痊。

(四)腦膜下間流血 Intra-meningeal hemorrhage　若人髏折。傷其腦面或腦膜。約有流血之患。顱腦受震者。有時亦然。其血由軟膜所有之靜脈及毛細管而來。因該處血管甚多　或由靜脈竇內壁而來。其硬膜破裂。致腦膜中動脈受傷者。其血亦能滲於腦面。　有時血蔓延大腦之面甚濶。或限於一處。後則漸消散。亦有其血不散而成袋者。名曰蜘蛛膜袋。Arachnoid cyst　袋內有血清。其壁乃筋腡所成。其色棕。因其內有紅硃色質也。

病狀　其狀與顱腦受震或受壓者同。不必更論。

治法　觀其所起之病狀。而以合宜之法治之。病者宜安靜。勿稍喧擾。免令其腦盈血。若顯單處之病狀。正表明腦之何處受重壓。或在髏骨有傷。則在此處施圓鋸術。然須切記甚流血之處。非定係該處受傷。其傷或在正對之面也。故難確知於何處施用割術。若果查出施圓鋸最正當之處而取其骨。或見該處之硬膜凸露。其色黑藍。因硬膜下有血塊也。以指探之。腦之搏動不顯。宜小心割之。取出其血塊。見何處流血。則須縛或壓之。置紗布一條一二日。俾血清及血流出。

(五)大腦流血 Cerebral hemorrhage　除腦甚撕裂外。自起而流血者。較多於受傷而流血者。若流

血甚重。人即昏迷。不久即死。

顱內炎 INTRA-CRANIAL INFLAMMATION

此炎多因染穢而致。且隨腦之各類損害而發。(一)凡顱受傷者。可起此炎。而穿皮骨折及受刺傷者最易。(二)中耳病起此炎者最多。因穢至腦處。乃由耳鼓頂之小孔。或由顳凸漸延至頰旁竇之槽也。(三)有於顱皮或面或頸起炎者。則由出顱之靜脈或由腦經鞘而入腦也。(四)亦有因顱骨痏傷。致痏處之骨發炎而累及腦者。即所謂腦內自染性炎。第六百十八頁(五)亦有因串瘰、血染膿穢、肺炎、紅熱、痘及他染性症之兼患而起者。

致炎之穢。大約係膿穢類。惟因傷而起者。球點鍊點二種之穢爲多。但由耳中、或鼻輔穴所染。必有肺炎點穢在焉。原發汎佈性腦膜炎。多爲腦膜炎雙點穢所致。此數種炎雖各分其類。然其所起之病狀。彼此相雜而難分。試詳炎類於下。

(一)顱骨下炎 Subcranial inflammation

此類炎狀。乃只令硬膜變厚。名硬腦膜炎或致硬膜與骨之間滲膿。名爲顱骨下瘰

(甲)純性硬腦膜炎 Simple pachymeningitis

此炎又名純性腦筋衣炎因單純骨凹折或痏傷而起。受傷時其骨折裂與否無定或因蓋腦之骨有輕染性炎漸延而起。此等炎微有護衛之功。因其令硬膜變厚也。但亦有延至硬

膜之深面。而起單處軟膜共蜘蛛膜炎。致腦外質與硬膜粘着。若不復蔓延。所顯之病狀不甚重。只該處微痛。及頭之一處覺痛而已。治法須觀下文所言治慢性腦膜炎法治之。

第二百八十五圖

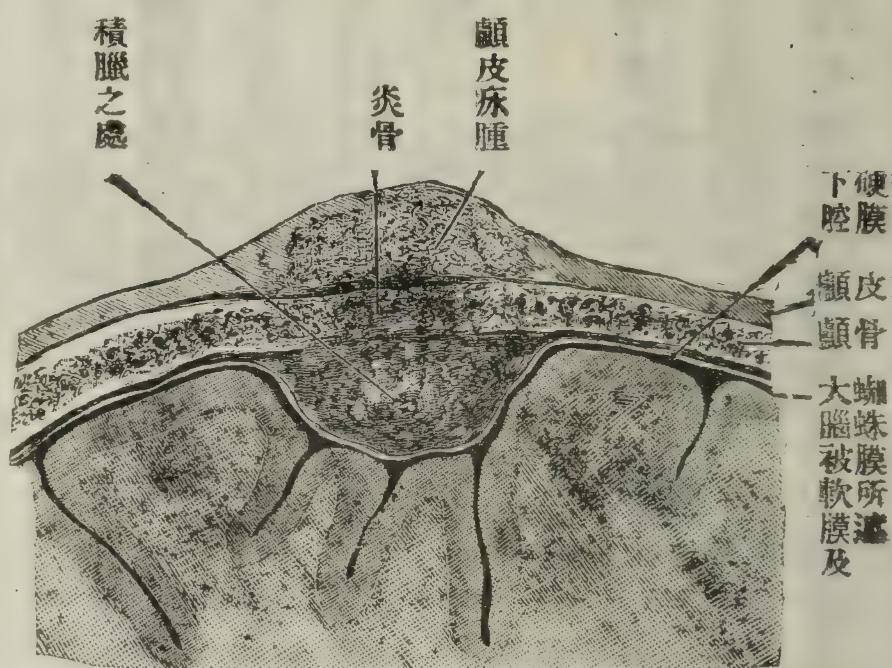


Fig. 285 SUBCRANIAL SUPPURATION INVOLVING OVERLYING BONE AND CAUSING AN EDEMATOUS CONDITION OF THE SCALP. POTT'S PUFFY SWELLING

顱骨下生膿骨受累而顱皮疣腫

(乙)顱骨下瘴 Subcranial abscess　此瘴乃由穿皮骨凹折。或刺傷骨折所致。雖硬膜離骨。但未撕破其傷口細小。腐質難出者。起此瘴尤易。有因痡傷或單純髏折。致顱衣脫離。而積血於其穴內。後因炎液侵入而成瘴者。其穉之來源。或由自起。或穿骨而入不定。(第二百八十五圖)　顱骨患各類骨髓炎者。亦能致此瘴。除由傷致者外。最多見者乃由中耳炎病而蔓延也。因耳鼓頂穿破。穉則由此侵入顱穴。致令生瘴。其膿或從耳流出。亦有其膿延至顴旁竇之槽者。其耳鼓穴頂生瘴者。有時被腦衣之粘着限定。致後該處之硬膜成疔而脫落。其延至顴旁竇之槽者。可令竇內結血塊。

病狀　(一)與身之他處生瘴無異。即發熱及寒顫。　(二)若瘴甚大。硬腦膜滲出之液亦多。則

腦內被壓。而頭之一處覺痛。後或昏迷。(三)若顱皮面無傷口。覆瘴之皮浮腫如瘤。若有穿皮骨折。其傷口邊之形色不佳。且其骨從傷口底顯露。色黃而乾。骨膜離位。或見碎骨間有膿洩出。如膿穿至髏底。則視腦經或致發炎矣。(四)若瘴累及司動處之腦筋衣。則顯瘛瘲或癱狀。

治法　須用圓鋸開一足用之口。以放其膿。或將碎骨及死骨取出。而置一引流管。有時因一口不敷用。則須開數口以放其膿。若瘴隨中耳炎所起。宜將顳凸及耳鼓頂鑿開。所鑿去之骨。必足敷其膿流出之用。

(三)急汎佈性腦膜炎(軟共蜘蛛膜炎) Acute diffuse meningitis (Lepto-meningitis)　此症每因染穢而起。其病狀之輕重不一。關乎何處受累、及如何而得。更係於穢增生作用之靈否。其炎累及蜘蛛膜及軟膜甚速。且不獨累及腦膜。而腦質亦受其害。故若名為顱腦共膜炎 Meningo-encephalitis 更為恰合。

病狀　受傷後約四十八小時其狀則顯。有時畧久始見。初起時病者謂頭甚痛。終日不止而漸重。其頸總動脈强跳。脈之搏數亦速。因腦受惹。人即作嘔。不欲視光。不欲聞聲。且顯昏譫。其肌或亦抽動。不獨頭頸如是。四肢亦然。其所以作嘔者。乃因腦病所致。與飲食無關也。温度大約升高。在初起時、或有寒顫。迨病漸重。人則昏迷。其脈緩而漲。呼吸甚難。越三四日或至死亡。　夫所顯之炎狀。各處輕重不一者。乃關乎穢累及於何處。為便於講論起見。其炎狀可分為二大類。(一)顱腦凸面

第二百八十六圖



Fig. 286 SUPERFICIAL ABSCESS OF BRAIN SPREADING FROM THE SUBDURAL SPACE

顱腦外面由硬腦膜下腔蔓延

炎。(二)顱腦底面炎。此二者之精狀大約相同。然凸面發炎者。瘛瘲較顯。其一處之諸肌。亦或受累。在底面發炎者。温度較高。頭項後縮更甚。且視腦經發炎。及斜眼之狀較爲常見。當剖驗屍時。顱骨與腦衣不易相離。硬腦膜厚而盈血。硬膜下之靜脈亦被血盈滿。腦積液多於常且濁。因有淋巴或膿雜於其中也。　其腦軟膜亦厚而不透光。腦回面平而疢腫。其罅積有淋巴。致被粘着。腦外之灰質約紅而盈血。其下之白質血多於常。並有紅點散於白質之中。其腦房膨脹。因顱脊腦液多也。其脈絡膜叢(腦絡衣纓) Choroid plexus 亦盈血焉。

治法　薙淨其髮。敷以冰囊。及涼水蟠管。不宜間歇。若病者强壯。不妨用靜脈放血術。如係軟弱者。則施火杯放血術或水蛭。須利其大便。宜食易消化之物。所居之房。宜暗靜勿喧擾。凡能激擾之事須盡除之。　若病者見癒。亦必由漸而行。故須耐久靜養。至末期時。則在項與顱皮施起皰藥。並服加路米。若係單處染膿。宜按法治之。如去耳中有病之骨。或撬顱骨之凹折。然後置引流管以放其膿。又有他法。可令病狀減輕。或令其痊癒。即如開小腦帳膜(小腦幕)下之蜘蛛膜下腔。或用刺腰脊術以減小

腦內液之漲力。然或須屢刺數次方可。第六百八十六頁但因顱下間彎曲。且淋巴已將數處粘着。更因腦質已腫。並因小腦前房第四腦室通於腦蜘蛛膜下腔者只有一細孔。故知以上諸法難見功效也。

急性顱腦共膜炎 Acute meningo-encephalitis　此患有時限定於一處。因該處無緊張之患。故腦與腦衣被粘着。而炎則不能蔓延也。起此者多因骨之一處受痏或刺傷或中耳病所致。後則致腦與膜粘着。其粘着之先。生膿與否無定。若已生膿。必施割術始能獲痊。

(三)次急性腦膜炎 Acute meningitis　此患間或有之。但其病狀必於受傷後數日始顯。蓋病者受傷之後似乎痊癒。惟頭之一處仍疼。倘於此時復理其舊業。而用力過度。致令病狀顯出。大約此患由穉而致。其所以發現較遲者。乃因其穉無多。而毒力不重。或因其穉毒暫匿。後則乘機始發。或穉漸循淋巴管及血管而入。即由腦之表面而入腦衣也。所現之病狀。與急性腦膜炎無異。惟病狀較輕耳。然患此者。難保其不殞命也。　治法。不宜用最甚解炎之法。因病者身弱也。宜令其安居靜養。並於頭上施外惹內效之法。或服加路米。或服易吸收之有機類氯壚。

(四)慢性腦膜炎(慢性軟共蜘蛛膜炎) Chronic lepto-meningitis　起此患之故。與硬膜炎無異。但深腡亦兼受傷。或能阻患之蔓延。因此類炎有保衛之用也。凡曾經患瘧者。較常人易起此病。此病之顯據。乃腦之諸衣均被液質侵入而加厚。且諸衣彼此及腦外質互相粘着。致頭之一處因此而常痛。若微受激惹。或服激刺藥過多。其痛倍甚。如以手重壓之。則痛愈甚。隨或有傷性癇之患。　治法。

須調理全身。令大便微瀉。勿服激藥。亦不可喧擾。致病者心神煩亂。在患處上可用外惹內效藥。並服加路米及化脒性氣類藥。Iodolysin 論治傷性癇之法詳下。見六百七十五頁

(五)瘰性腦膜炎 Tuberculous meningitis 此患多在小兒。其故乃因瘰穉侵入腦膜也。最受累者。即軟腦膜及髏底處。厥後炎則令膶粘着。且小腦前房中孔第四腦室內側孔被塞。致腦液不能流行。故每致腦房脹滿。其病狀及病歷。可觀內科書則知其詳矣。多有人試用外科術以治此病。即在顱骨處用圓鋸術。引其腦液流出。或用刺腰脊術以減小腦前房之漲力。但僅見一二瘉者耳。實則難望其瘉也。

(六)染性結塊塞竇患 Infective thrombosis of the sinuses 此患間或在受傷後而起。然因膿性骨炎而致者多。其顬旁竇受累者。大都由耳中病也。亦有因顱皮受傷。致硬膜下連膶發炎漸延。或因面及鼻有瘰性或膿性患。漸延而累及竇也。除慢性耳漏外。蝶旁竇受累較多於他竇。蓋蝶旁竇之受累。皆由蝶骨竇生膿而致也。 夫竇炎之病狀。與染性靜脈炎無異。其竇漸被結塊所塞。後則血塊破碎。而成若干漂團。竇之隣膶亦發炎。致骨腐爛或死。或起腦底瘰。或腦膜之一處發炎或單純性炎。或染性而汎佈。或於大腦或於小腦成瘰也。

病狀 與穉串瘰無異。即熱度升高。惟時升時退。屢發寒顫。頭之一處痛。病初起時即作嘔不止。乃爲常見之狀。亦有顯腦膜受累之狀。或肺受患而呼吸難者。但有時大便泄瀉。及血染膿穉之狀

甚爲顯明。倘此患累及蝶旁竇。眼必凸出。其眶瞼與面亦皆有盈血之處。更有累及竇壁所居之腦經者。如此或致上瞼下墜。或斜眼之狀。 若累及上縱竇。則額與顱皮之靜脈皆脹。若在縱竇處以手按之。顱皮亦疼。且鼻亦流血。若激刺其隣近之司動處。則起癋瘲。頞旁竇結塊之患治法詳後。第三十二章

治法 除頞旁竇外。其他竇受患者罕有法可治。故治面與鼻穴之傷。宜小心設法潔淨該處。以免膿穢侵入。此爲最要。按頞旁竇患。頗有療治之法。惟他竇只可用普通調理週身之法而已。

顱腦瘴 ABSCESS OF THE BRAIN

原因 腦成瘴者。皆爲膿穢所致。但其入腦之路各有殊別。大約有四。

(一)因外傷而致。凡顱傷害者。或在初期即成瘴。或在次期始成瘴。其初期而成者。大約瘴不甚深。由顱皮、或顱骨、或硬膜有染性傷害之故。無論其傷穿皮與否。第二百八十六圖 次期而成者。其膿生於腦白質之深處。此或因刺傷所致。無論有外物存於其內否。穢即隨傷路而入腦。或循血管及淋巴管而入腦。然亦有不因刺傷而入者。乃由痏或扯破傷而自染也。凡慢性瘴平常在腦之傷側而起。每多在顳葉及額葉處。有時起於傷處之對側。與因痏傷而起者無異也。

(二)因顱外有染性傷而穢循鄰近之腡及血管或淋巴管而入腦。但因慢性耳漏而起瘴者爲最

多。第二百八十七圖其小腦受累者亦幾如是也。夫瘒起於小腦者。每在旁葉前部近於顳石段後。（D）起於大腦者。每在顳蝶葉後部。（C）此類炎患。可由耳穴直延至腦。或由顳凸內側穿過骨至腦膜。令膜與腦粘着。後入腦質。間有瘒先起於腦底。隨即累及腦者。有時在耳鼓頂見有一孔通至瘒穴。膿則可由此而出。然最多者。有一層腦質隔於腦與腦衣之間。如此其炎必由腦質、及腦衣間之血管、及淋巴管鞘、而至腦內。

第二百八十七圖

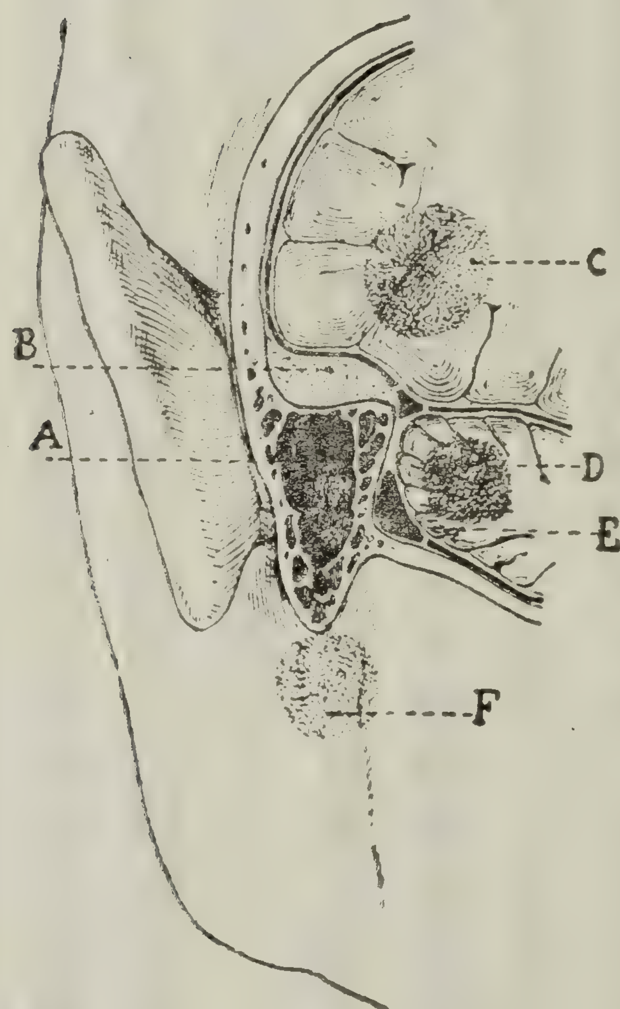


Fig. 287 DIAGRAM TO REPRESENT THE COURSE OF INFLAMMATORY TROUBLE FROM SUPPURATIVE DISEASE OF MIDDLE EAR

此圖表明中耳有膿病其炎如何延至腦內

A顳凸穴 B由中耳頂所發之顱下瘒 C顳蝶葉瘒 D小腦瘒 E煩旁竇 F顳凸尖串瘒

亦有同類之瘒。乃因額骨竇生膿累及腦而成。此瘒係急性者。約因額骨髓炎而起。居於額葉前。更有因蝶骨竇及篩骨竇生膿。或蝶旁竇成結塊致腦生瘒者。

（三）人患紅熱或癱或白喉等症後。則有稽串瘒之慮。乃其血能引稽至腦。令其成瘒也。顳葉之瘒。大約由稽串瘒

而致。

(四) 亦有慢性腦瘴由瘰患而起者。

夫腦瘴平常祗生一個。有時或生二個。如中耳有病時。大小腦皆受累。而各生一瘴。其歷程多係慢性。該處漸生包膜以限之。倘急性者。則無限定之膜矣。其慢性者大約終顯急性之狀。此因其瘴破裂入大腦旁房。或因延性之痳腫也。

病狀　乃關乎瘴之如何而起。及其所屬之類。若因外傷及由外染者。則其歷程必係急性。而頭則甚疼。屢作寒顫。不久即昏迷矣。有時兼有汎佈性腦膜炎發現。與腦瘴極難區別。有患慢性瘴者。祗云頭疼。迨身熱忽升時。人即昏迷。越一二日即死。如此者、約因瘴破裂。而膿入大腦旁房。或入腦膜腔。又或因起急汎佈性痳腫也。

馬克猶恩氏將腦瘴特殊之狀。確分三期。(一)初期。約有十二小時或二三日之久。病者耳處偶然甚痛。兼大作寒顫。身之温度畧升。而脈畧速。亦由腦激而嘔吐。其舌生苔。不思飲食。大便祕結。此時耳外管所流之膿減少或無。

(二) 症成期。病者臥床不起。終日沈睡。或有人問之。因其腦不靈活則應聲甚緩。頭痛漸止。但捫其顱處仍有觸痛。　身之温度漸低於常。脈緩而漲。呼吸亦緩。嘔吐仍不止。大便亦結。其口中常出惡臭。若司動處受累。雖肌力有缺。然尚不至瘴。其所顯輕瘴之次序。可表明瘴居何處。如瘴居顱

蝶處近腦外質。面則先受累。次則上肢。終則下肢。若瘴居於腦之深處。而壓豆結內徑內繫之司動腦經絲。Motor fibers of internal capsule 其受之次序。適與前者相反。苟瘴居於腦之左側。而運動性失語症 Motor aphasia 亦顯。如瘴居腦後處。其壓力先經過小腦帳膜。後則壓其小腦。如此則顯有小腦病狀。視腦經炎狀雖不足作患瘴之徵。然若有此。則患側之視腦經發炎必畧甚。且其瞳孔開大而不能縮。

(三) 末期 其昏迷漸甚。後必致命。或瘴破而入腦旁房。令人忽然昏迷。則身之溫度升高而脈速。呼吸無序。有時有潮樣呼吸 而人則死。若瘴破入蜘蛛膜腔。當未死之先。其所顯之病狀。與汎佈性軟膜共蜘蛛膜炎無異。

小腦瘴 Cerebellar abscess 小瘴之病狀概不能預定。若瘴漸大。其病狀則顯明。病者自云眩暈。行走不穩。向患瘴之對側而傾跌。其頭項後縮。呼吸不勻而甚微。脈搏亦緩弱。其身或兩側癱。或一側癱。或祗累及上肢。亦有顯作嘔、視腦經炎、及身之溫度較低者。

診斷 須辨明瘴與腦膜炎。腦膜炎者。譫語昏狂。瞳縮小而畏光。肌强直而有硬抽。項肌尤甚。且其疼痛較患瘴者更重。而發現亦畧早。其身之溫度升高。而腦不靈活。約在受傷後三四日此等狀即顯。而瘴則不然。必在受傷後一星期始起。若係硬膜外瘴。身之熱度甚高。如因外傷所致。其壓狀起時較早。而顯出尤速。罕見視腦經炎。嘔吐之患亦輕。患處畧腫。或重壓之覺疼。顱旁竇結塊者。其

身之温度高而無定。或無視腦經炎。惟捫頸內靜脈處則疼。係瘒者必顯腦壓狀。兼温度畧低。而視腦經炎則甚顯。然須切記瘒與結塊之患同時而起。腦瘤與慢性瘒最難區別。腦瘤所顯之病狀。較緩於慢性瘒。但腦瘤之進行恒久不已。温度如常。並累及胃作嘔。惟較輕耳。病之來歷。亦可為辨瘒與瘤之助。因瘒之生也大約由染穢而致。若瘤則不然。且瘤多生於額及顱處。而瘒每生於顳葉處。凡患瘤者。其視腦經炎較患瘒者更顯。

治法　如有膿。萬勿遲延。須即時割開以放之。其預備法。與割瘤者無異。即將顱皮割開而反摺之。其割口須適宜。以便後置引流管之用。隨按下法以圓鋸取骨。後宜用黃氣及硼强酸敷於所凸之腦面。與所鋸之骨廉。以免受染。其凸於割口而不搏動之硬膜。須小心開之。祇割一小口。或足以通至瘒而放其膿。有時腦質亦由此而突出也。於是以煸鑷或套針小心探查四圍。如其瘒在顳葉處。則所探之器具須向下內至耳鼓頂以察之。　若覔其有膿。則放開其鑷。俾膿從此而出。若有死肉塊在瘒穴。須小心用刮匙刮出。又用無穢之壚液灌溉之為妙。後須以引流管置於瘒穴。且將管縫於硬膜口邊。其餘之硬膜則縫合。惟近引流管之顱皮不必縫合。祇用紗布繞流管而塞之。以助該處生長粘着網。而阻穢入其衣穴。後將下摺之顱皮復回。使引流管由中而出。越三四日取出。如復有積膿或炎蔓延之狀顯出。則須再開其傷口。復用引流法。有時腦瘒開後。則有大腦突露之患。

第二百八十八圖

大人之顱（大小如本體）以表明何處可施圓鋸術

Fig. 288 DIAGRAM OF ADULT SKULL (NATURAL SIZE) TO SHOW VARIOUS SPOTS FOR TREPHINING (TREVE'S SURGERY)

The horizontal measurements are taken along Reid's base-line, R, R, which passes through the centre of the external auditory meatus; the vertical measurements are taken by drawing lines at right angles to the base-line. A, the sigmoid portion of the lateral sinus, a point 3/4 inch along the base-line from the centre of the meatus; B, the transverse portion of the sinus, 1 inch behind the meatus, and 1/4 inch above the base-line; C, the mastoid antrum, the point of meeting of two lines, one drawn along the upper wall of the meatus and parallel to the base-line, the other along the posterior wall of the meatus at right angles to Reid's line; D, for temporo-sphenoidal abscess, a line drawn 3/4 inch upwards through the posterior border of the meatus at right angles to the base-line; E, for cerebellar abscess, one and half inches beyond the centre of the meatus, and 1/4 inch below the base-line, F, for anterior branch of middle meningeal, one and half inches behind external angular process of frontal bone, and one and half inches above the zygoma; G, for posterior branch of middle meningeal, one and three quarter inches behind external angular process, and 1/4 inch above zygoma; H, for tapping lateral ventricle, one and half inches above centre of external auditory meatus.

A 顳旁竇之曲段、此點離耳外管中四分寸之三、

B 顳旁竇之橫段、此點於耳管後一寸底線上四分寸之一、

C 顳凸穴、此點循耳管後壁畫一豎線、循耳管上壁畫一橫線、其交叉之處即是、

D 若顳葉處有瘴、可循耳管後壁之豎線、離李德氏底線四分寸之三施圓鋸、

E 此點離耳管後一寸半於底線下之四分寸之一、若小腦有瘴、可於此施圓鋸、

F 腦膜中動脈前枝居於此、即額外角後一寸半、顳拱上一寸半處、

G 腦膜中動脈後枝、離額外角一寸四分之三、於顳拱上四分之一、

H 此點離耳外管上一寸半、於此可施刺術、以放腦旁房之液、

R 李德氏線、此線經耳外管之中、循此線而量之則得豎畫線之處、

如瘇在顳葉處。須用圓鋸之中針置於耳外管上。距李德氏底線一寸零四分之一。或將圓鋸之中針置於顴拱後根之上。距一寸之四分之三更妙。因此點恰在耳外骨管後廉之上也。第二百八十八圖D倘其瘇在小腦。其宜開之點。乃於距耳外管中後一寸半。距李德氏底線下一寸之四分之一處。(E)其頬骨之肌、及骨外衣。須剖開反摺於下。但不宜用圓鋸。因該處二骨甚薄。只用蛾眉鑿足矣。 割此瘇時。以速爲妙。因施迷蒙藥時。呼吸或暫停。惟心搏力仍大。故一開其硬腦膜。而呼吸即復原矣。在有中耳病者。其腦有瘇否。及其瘇在何處。最難辨定。須開其顳凸穴。及耳鼓穴頂份以察之。觀其患在顳凸穴者多。抑或在耳鼓穴頂者多。則可定其宜向大腦、或宜向小腦而治之也。宜小心去顳凸穴上及後之骨。於是見其頬旁竇。即循其上下而查其大腦及小腦也。若須割則割之。 覔患瘇之處更有一法。在耳管後一寸距李氏底線之上半寸。用四份三大之圓鋸以開之。 該處旣開。則可見頬旁竇在下。顳蝶葉之硬膜在上。由是再向下開之。則能察其小腦矣。

顱腦瘤 CEREBRAL TUMORS

顱腦所生之瘤。其總分類如下。(一)腦架膶瘤。係小圓胅及胅間細膶所成。此膶與腦架膶相似。第一百六十二頁顱腦各處皆能生之。每與腦膶相續。且罕有包膜。故以目視之。其膶雖較硬。究難與腦膶辨明。其界限亦難定。故不易去之。 (二)疕瘤及疽子瘤。有時見於腦內。其結局不佳。亦如腦架膶瘤

(三)內膚瘤生於腦內者不甚罕。亦或由腦膜而生。約必長大病狀始顯，此瘤大概將腦壓凹，然少至侵入腡內。因其居於腦底。且因甚大。故不易去之。有與沙瘤相似者。(四)有時因腦膜有瘰患而腦即生瘰瘤。亦有不由腦膜來者。其大小不一。有似豆腐質者。亦有中心變爲流質者。(五)癯瘤多由腦膜而發。其形較瘰瘤更異。每不單獨而生。且少見之於小兒。(六)袋帶虫袋及他種瘤。間或生於腦內。

顱腦瘤生於男者較多於女。其類多按人之年齡而發。疕及腦架腡瘤，少年與中年人多患之。瘰瘤小兒每患之。癯瘤多現於四十五十歲者。疽瘤爲年邁者所患。寄生瘤常生於二三十歲者。腦瘤如生於顱腦腡中。大約令此處變硬。惟生於腦面者。可與腦膜粘着。致顱骨加厚或蝕壞。若蝶鞍腺生瘤。則用X光線查之。可視蝶鞍已被蝕缺而加大。

病狀　腦瘤之病。在初起時少有投往外科士者。但辨明初起之病狀。乃爲最要之事。故普通科醫士若疑其人有腦瘤。宜邀多經腦經病之專門家以助辨認。如此則辨別尙早。庶可望割術得佳美之結局。若遲至腦內之壓狀已顯。割術之機即失矣。昔馬克猶恩氏謂外科書所列腦瘤之特狀。雖時或有之。然亦不常有。故俟其特狀顯出。抑已晚矣。

其初狀。乃腦改變其某處之功用。亦有頭痛或嘔吐者。其單處之特狀。按腦受累之處而異。若腦外質司動處受累。約顯外質性痫。未發抽之先。某處之肌有預兆。其預兆則有一定之序。至後期則抽

止而癱顯矣。若有一側之單癱。可爲腦瘤之要證。若瘤居腦外質之下。只有單處癱而無抽搐。若有運動性之失語症。即表明其額下回受累。若顯語聾症。(失識語能) Word-deafness 乃表明顳蝶葉後端受累。若顯半盲。乃表明顴葉受累。若顯失和動。眩暈及眼球震顫者。乃表明小腦受累。若以上各狀齊顯。而顱腦經如第七第八腦經亦受累。乃表明其小腦橋腦之角已有瘤。此處係腦瘤慣長之處也。頭痛之情形不一。多係痛在一處而陣發。若重捫患處。痛則更甚。若有令顱腦盈血之事。如咳嗽等。頭痛倍增。因此可知痛極之處。即瘤所生之處也。

其繼狀。乃因腦內壓力加大所致。此狀或致初狀加重。或致單處之狀被掩而不顯。頭痛更重而不止。嘔吐。大便秘結更甚。且思睡而不理外事。身體消瘦甚速。温度較低於常。視腦經大約發炎。先顯於瘤之本側。或因顱腦液之壓力加大。致液被逼而入視腦經鞘。以至疨腫。迨延至盱篩。視衣之血及淋巴之回流均致被阻。其實非係發炎也。在初起時。視腦經輪之邊畧渾而不清。視衣靜脈盈血而痕曲。視衣亦腫。故有數處血管不顯。且有線形瘀紋現於視衣之上。其初視功如常。久則視衣輪消瘦而眼盲。雖係癯瘤用藥而見效。然其盲亦不能瘉也。

終狀乃昏迷漸甚。與腦被壓之狀相似。(見前) 有時温度較低於常。然亦遇有甚高於常者。

治法 因以上各狀可由癯瘤而起。故必先用伐色曼氏試法查之。果查出癯症。可於靜脈內射薩伐撒。或服鋏氣壚之大分劑。(如四十或六十厘每日三次) (2.5－4 gm) 且用銾膏擦其身。亦須服鹼性碳礬類。(或鋰鈉最)

妙

以免鉀氣鹽惹胃。服此藥之時。宜多用水送下。如以上諸法而無效。則宜割之。

手術　以早施爲妙。假若開顱而不見有瘤。亦不爲害。若躭延日久。恐其瘤不能去矣。　未割之前一二日。宜將顱皮之毛髮剃淨。復用藥洗之。當施割術之前半點鐘。用莫非一厘之四分之一(10.015)射於皮下。可令顱腦之血減少。亦令病者之感覺不靈。則可少用迷蒙藥。所用之迷蒙藥。哥羅方較伊打爲妙。因哥羅方少令腦盈血也。割士度於瘤處先用錐鑽透顱皮。在顱骨上劃一記號、後將顱皮割半月形之大片。向下翻之。所露出之骨。必須濶大。如此則當開孔之時。或大或小均可。亦不必復割顱皮。且因皮片大於骨孔。當縫合後。其痕迹不經過孔面。其顱骨開法。前已詳論之矣。第六百三十八頁　有於開顱骨後。即將瘤割除者。亦有俟一星期始將瘤割除者。但不立時割者。必復開其顱皮以露出硬腦膜。此膜平常畧堅。以指按之微軟。並覺腦在膜下畧有搏動。若腦無病。其壓力如常。若壓力增大則硬膜突至割孔。按之畧硬。而腦之搏動減少或無。　開硬膜時。可用刀割一十字形之口。或割一片。畧向下翻。切宜小心勿傷膜之大血管。如腦內之壓力大。腦即凸出。可用指輕探其腦有硬處否。或有過軟處否。探時若不用指。用槽針亦可。且須探其腦之四圍。但探時須將針直入。不可左右搖動。恐將腦質戳爛。若所開之顱骨孔太小。可用鉸骨鋏 Rongeur 鉸大。用圓鋸亦可。按腦瘤罕有割除淨盡者。有人謂凡大腦生瘤。十人中可去者約有一人。若瘤在大腦外質。可用鈍尖器具。或用何司雷氏軟鈗刀。Horsley's platinum knife 將瘤挖出。血流之時。須以細線縛之。或用熱

海絨壓數分鐘之久。則血流可止。後將硬膜鬆縫之。並置引流管通至傷底。由傷口之角或皮之中央而出。其顱皮則以綫縫合。　施割術後。病者須寂靜躺臥。頭枕畧高越一二日可去其流管。至六七日顱皮之傷口則癒。倘瘤所居之處不能至。或不能去。或於瘤之所在有疑。則用減壓割術 Decompression 暫爲有益。其術乃割取顱骨數大塊。再割開硬膜。容腦隨時外突。施此術最佳者。乃在蓋瘤之處。然亦有在小腦帳膜下而開者。爲使最要之生命所不受壓也。施此術後。病者之精神畧振。疼痛減輕。腦經炎退。而視功不失。但遲早因瘤長大。以致人死。　若在小腦。或其隣近有瘤。可用割取術。或減壓術。按刻輿氏弓形割口。循顴骨上綫割之。由中割一豎口。向下至足可解剖卯骨後面之肌爲止。用此術而死者居多數。此因該處距生命所甚近。若減輕壓力過速。必甚有腦力猝衰之危險。故硬膜總以緩開爲妙。

蝶鞍腺瘤 Tumors of pituitary gland　此患可累及蝶鞍腺之前部或後部。多係腺腡瘤類。即腺腡有成袋性之變壞。與袋形瘻相似亦有係惡性瘤類者。若其腺前葉之功用過敏。Hyperpituitarism　則成手足面大症。Acromegaly　若功用欠缺。Hypopituitarism　則身內之脂加多。其生殖器之功亦失。或變成兒樣。若係婦女。則月經虧缺。以上數狀。可由外壓而致。亦可因腺內生瘤而致。且因該處距視徑交义甚近。致顯視功之病狀。每成同向半盲。

手術治法。　近來用手術屢能獲效。有一人報告。用此手術十六次。死者僅有四人。中有一人病癒

七年而未嘗復犯。其術須由鼻竅將蝶骨竇後壁鑿去。以去其瘵。

治癇外科法 SURGICAL TREATMENT OF EPILEPSY

昔日所論治此病之諸法。至今日若猶細心研究。實乃徒勞無用。邇來惟有一法可冀有指望。即去腦外質惹病之由。大約癇發作係因腦外質受激惹。其激惹有由腦而來者。亦有由他處而起者。何司雷氏曾分起癇之由有數種。試列於下。

(一)自起者。在腦內無可見之病形 (甲)瘛瘲初發於單處。(乙)瘛瘲初發於全身。

(二)傷起者。常有病形可見 (甲)因外傷而來。瘛瘲或發於單處或全身。(乙)先天者。(丙)因瘤類而起者。如贅瘤、瘰、動脈囊等

(三)反應起者。如脊柱或腦經等受傷而起

(四)癔性癇症。此數等癇所有之病形及諸狀。學者宜查內科專門書自知。

當論此數種癇特狀之先有一二要件宜深注意。(一)如癇患日久。或由傷而起。且發癇已有二年。其望痊之結局實不易也。(二)宜詳詢其先輩曾患此病或有腦力不穩之性否。若有之。則因傷而起之癇。其結局尤不佳。

邇來醫界中。皆以自起之癇症 Idiopathic epilepsy 雖顯單處狀。若施割術。於病亦無甚益。

先天者。大約與外質性癇(加克森氏癇) Cortical or Jacksonian epilepsy 相似。多因產時頭受傷而致。故大腦傷之他狀同時而顯。如癡攣癱等 如早設法施治。且其抽搐只累及一處割術或畧有益。但患病已久者。施割術則尤無用。

瘤瘴等所致之癇。另有他狀可助外科士辨認。而判定其結局。

反應性癇 Reflex epilepsy 罕見之。若查明其病之由而治之。則可望癒。論至癔性癇。外科士萬勿將卵腺割去。因曾用此術數次未嘗見效。

傷性癇 Traumatic epilepsy 此乃傷後所起之癇。其故列下。(甲)因顱皮有腦經痛及易惹之傷痕。(乙)因顱骨受外傷畧凹而未治。(丙)因顱骨裂折而生接骨質過多。或因顱骨受痏傷後成爲慢性炎。致骨增厚而壓惹硬腦膜。(丁)因慢性腦膜炎。致腦與腦膜粘着。此病患癯症者易起之。(戊)因骨刺插入腦質內。

病狀。 全身屢發外質性之瘛瘲。其所顯之特狀。乃關於腦之何處受累。憑瘛瘲之先兆。及頭之一處曾否常痛。或有無傷痕。即可定其患在腦之何處。瘛瘲初起由一處而發。至後或累及全身。

手術。 惟抽搐顯於定處者。始可施割術。其顯於全身者。與自起之癇同類。不能用割術治之。須諒於患處開髏。若見有凹骨或骨刺宜取之。若無所見。只有腦與膜粘着之痕。割士宜自斟酌或割或不割。蓋治此症者有多次已將粘痕及其下之腦質。一齊割去。而癇即暫止。但遲早其患復發。因該

處又生痕迹而令腦相粘也。如用一層金或銀箔置於腦及膜之間。可免此相粘之患。蓋施割術結局之善否。多關於腦之何處受累。若病在司動所。其結局較善於在司覺所。即顋頰處如在額處則不佳矣。夫治痼症有如是之難。醫士誠宜將前所論治顱凹折等諸傷之要言切記爲要。每遇顱骨有傷。無論輕重。須立時加意治之。以免成爲傷性痼。若病者有瘵或癰患。則宜先用藥療治。或可令腦之瘢痕畧消。然後施割術治之。

傷性癲 Traumatic insanity　傷致之癲。有時由顱微有凹折而起。割術可以治之。故癲症若因受傷後而起。且有定處之傷狀。則須試用割術。因此等症業已有由割之而奏效者。

顱腦突出　HERNIA CEREBRI

其意即腦質由顱之後天性孔而出。然與先天性顱缺致顱腦凸脫 Encephalocele 者不同。此患每因顱內之壓力過大。故腦由傷口突出。此可謂天然減壓法。其故分二類。

(一)如人有顱腦瘤。醫士施減壓術。故腦質由此孔而突於顱皮下。如此顱內之壓力暫減。而人亦復省人事。其性命亦或多延數日。但至終因瘤仍長。其人遲早必漸昏迷而死。若瘤係炎性則可消散而人則瘉

(二)因顱有穿皮骨折或刺折而致此傷。隨即染穢。腦則發炎而腫。且顱內之壓力加大。故腦由硬膜之傷口突出。平常此傷口不大　其性軟而色紫。且見其與心同時搏跳。約長大甚速。初起時病者之靈心

如常。但直長不止。遲早必昏迷而死。當初凸出時。乃瘀腫之肉芽䐃被凝血所包。其內腦質無多。但日久腦䐃則必突出。雖有癒者。然大半皆死。

治法 凡顱受外傷累及硬腦膜者。須小心設法防其染穢。並用引流法。其刺傷與凹折等雖未顯急狀。須以割法治之。因減輕壓力。雖未盡免染。然可不至有腦突出之患。究竟腦仍凸突。如用乾敷料及自壓法。庶可免腦突長大。然其炎狀甚劇。須俟其畧退。始可爲之。勿以刀將腫處割小而壓之。只可用純酒每日抹二次。並蓋以防穢之敷料。其突腦或可減少。若有效腦面則生肉芽䐃而成瘢痕。但後恐發傷性癇。

第二十八章　脣及頜之患

AFFECTIONS OF LIPS AND JAWS

第二百八十九圖

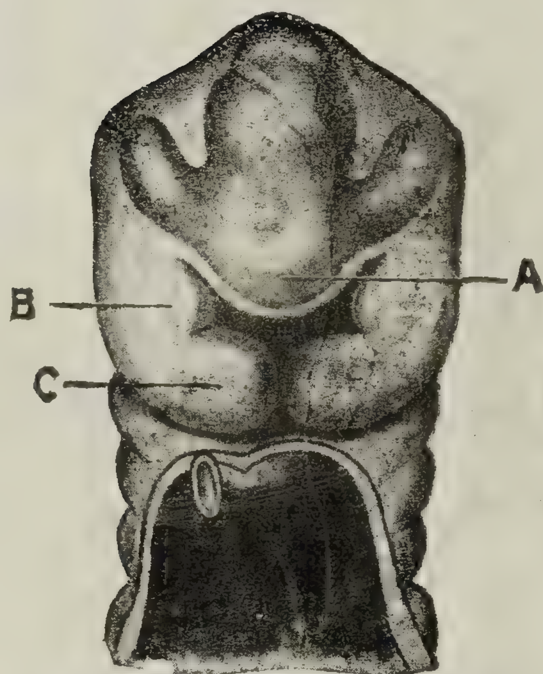


Fig. 289 HEAD OF FETUS OF ABOUT FIVE WEEKS FROM VENTRAL ASPECT (AFTER HIS) SHOWING THE PRIMITIVE STOMODAEUM BOUNDED ABOVE BY (A) THE UNDIVIDED FRONTO-NASAL PROCESS LATERALLY BY (B) THE MAXILLARY AND BELOW BY (C) THE STILL SEPARATE MANDIBULAR PROCESSES

The quinque-radiate appearance is well represented.

五星期之胚頭由前視之以表明原口窩其上界有額鼻阜A旁界有頒阜B下界有未續之二頜阜C其五角形甚明

第二百九十圖

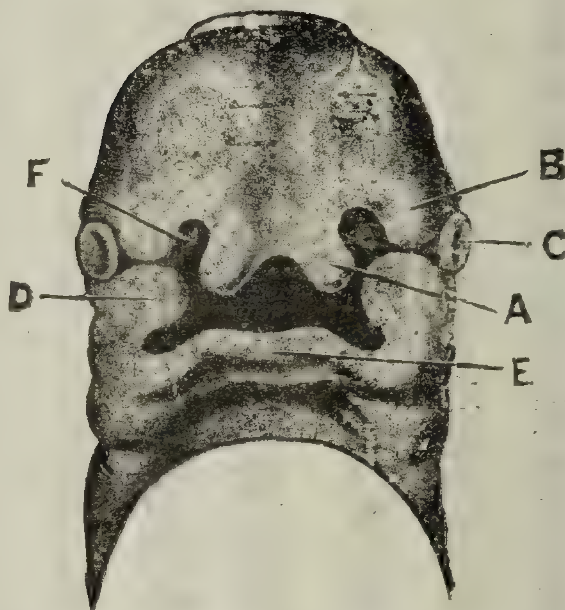


Fig. 290 HEAD OF FETUS OF SIX TO SEVEN WEEKS FROM THE VENTRAL ASPECT

The mandibular processes (E) have now united; the ocular vesicle (C) is seen on either side towards the upper end of the orbito-nasal fissure and the fronto-nasal process has developed (A) internal and (B) external nasal processes on either side of (F) the till unclosed anterior nares; (D) smaxillary process.

六至七星期之胚頭由前視之二頜阜E已相接眶鼻隙之上端可見眼脬C額鼻阜亦分內A外B阜居未成之鼻前孔旁F頄阜D

脣

AFFECTIONS OF THE LIPS

缺脣 Hare-lip　此係先天之患。乃於上脣軟腭、牙座、鼻底、腭、等處有缺隙也。其大小無定。

種類　其缺連於鼻前孔者名全缺。不連者名不全缺。獨累軟腭者名單純缺。累及牙座(牙槽)者名牙座缺。累及腭者名複雜缺。獨缺一側者名單缺。或一側缺。此等缺在左側者較在

第二百九十一圖

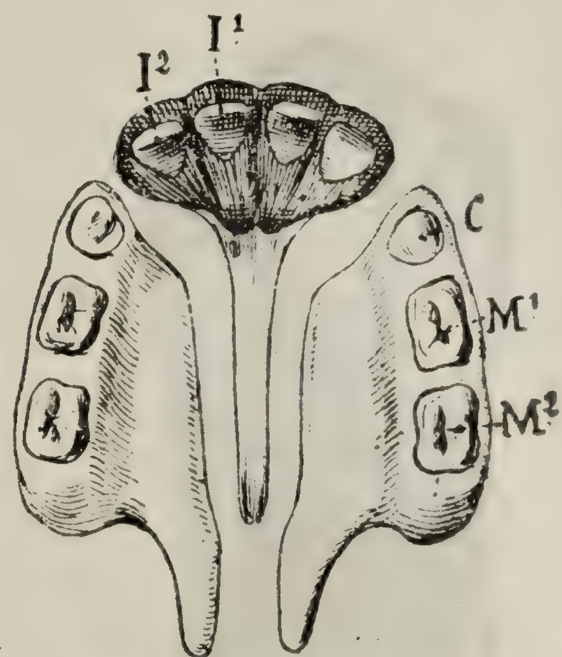


Fig. 291 DIAGRAM TO REPRESENT THE SITUATION OF THE CLEFT IN ALVEOLAR HARE-LIP

此圖表明牙座類脣缺之牙座位置

1¹	1²	C	M¹	M²
門牙	門牙	犬牙	第一大牙	第二大牙

右側者加倍。兩側俱缺者名雙缺或二側缺。患此等缺者。約兼有牙座缺及腭全缺。其脣及牙座中部。即門牙骨 Os incisivum 或在其本位。或由鼻下向前凸似喙。此喙狀於二側缺類多見。其喙帶每長而薄。故喙能向左右移動。雖係單純缺類。其鼻亦俱有畸形。即鼻較濶而平。若牙座及鼻底之缺濶大。其畸形益顯。且脣缺者常見有他類畸形。如缺脊及畸足之患。亦能遺傳後裔。又有於脣素缺之處。有細紅線似瘢痕者。此乃胚脣二部份長合之跡仍存也。對於該處之牙座。或亦有淺槽。

舒長　按人之面乃胚脊索一段之原腦胼前捲成穴。由該穴之邊突凸。即成面之骨部及肉部。在受孕後五星期。此突凸遂構成原口穴(口窩) Stomatodaeum 之五角形。(第二百九十一圖)其中央之寬片。名鼻額阜(A) Fronto-nasal process 由上降下。其兩側有裂。界成頰阜。(B)頰阜之下有頷阜。(C)此阜長合較早。即成頷骨。額鼻阜之改變亦速。其中央有淺凹。淺凹之兩側有鼻內阜或球阜。(第二百四十一圖A)由此球阜之淺面即成上脣之中部。其深面即成頰間骨。此骨分爲二部份。各部份有一門牙芽。球阜之外有窩。成爲鼻前孔。(F)此窩之外又有球阜。此爲鼻外阜。(B)顴及鼻翼爲此阜所成。此諸

阜之外有鼻眶裂。此裂至原眼或過原眼。（C）後則鼻之內外二阜及額阜（D）相合為一而閉其裂。然其深面仍成淚總管。上脣乃為鼻內部份及額部份相合而成。故鼻外部份與脣邊無關。因此則鼻翼之凹在面上甚為顯明。當成脣之時。鼻二阜之深面及兩側之腭片。互相集合。其腭片由額阜之下面向內橫長。如此則成為Y形縫。其縫交合之處。即腭前管。凡此數部份相合之時。乃由胚第六星期至第十星期。其時腭垂亦長成而相合。

平常之脣缺。乃因鼻內部份與以外之組織未曾長合。若只累及軟腭。（如單純脣缺之類）其脣缺則居鼻內部份與頄部份之間。若係全缺。（如牙座缺之類）其脣之缺亦居於該二部份之間。且向上深入於內部份及鼻外部份之間。其牙座之缺。則居於頄骨及頄間骨之間。（第二百四十二圖）其脣與牙之關係不一。因旁門牙之芽。生於頄骨及頄間骨縫之左右。或縫中央無定。故人之旁門牙有居於缺之外側者。亦有居於缺之內側者。間有副門牙生於缺之內側者。

頄間骨約係兩部份骨所成。其中有縫。在小兒只蓄二暫中門牙及二恆門牙之芽。其副牙居於其一側。或二側者亦間有之。

單純缺於嬰兒食乳不甚阻礙。雙單純缺則稍阻之。惟複雜缺則阻礙較甚。故必須早用外科治法。以救其生命。醫士宜知凡有此缺患者。面肌動時。如哭笑等事。則更顯畸形。因口圍肌。及其他諸肌已斷。而縮不齊整也。論及何時可施割術。最妙者乃在嬰兒初生之險時已過。及其呼吸哺乳諸事亦皆習慣。然勿遲之過久。當於生牙之先即行割治。體強者六星期時最妙。瘦弱者俟至三月方妙。設嬰兒因脣缺欠養而力耗。當早宜割治。勿推之於異日也。若欠養極弱勢難久待者。則應於二三星期內即施手術可也

單缺手術　將嬰臂貼身縛之。仰置於割症檯上。外科士立於嬰兒頭後。施迷蒙藥者及副手立於檯之兩側。其割法可分三期論之。

第二百九十二圖



Fig. 292 ROSE'S OPERATION FOR HARE-LIP

羅氏補缺脣法

左圖乃弧形割式由鼻孔自脣之浮廉

右圖乃已縫合之缺脣長橫線指銀線短者指馬尾線縫

第二百九十三圖



Fig. 293 MIRAULT'S OPERATION FOR HARE-LIP

米氏補缺脣法

左圖指割脣片之式

右圖表明已割之脣片

(一)割洄膜摺與肌麗處及他軟網。使之盡離頄骨。牙座缺之外側更宜如此。若鼻過平者當割鼻翼實離頄骨。流血雖多。然用絨綿壓之即可止矣。

(二)削缺廉時。最要之事如下。乃缺脣補處之瘢痕愈隱愈佳。其洄膜及皮相交之紅紋。須使直接無峽。其所削之二面宜濶大。至癒後方能適宜。論削廉之法甚多。難以枚舉。今擇所喜用之二法而申言之。

(甲)其割口可由缺尖或鼻孔內起。下行成弧形。第二百九十二圖 其盂面向缺。故二側縫合之時。中央即向下凸。設鼻過平。則缺之外側宜多去。俾縫合後鼻形規正。且此時唇形雖較長。至癒合時則長短適宜。而紅脣之邊亦齊。

(乙)米氏補缺脣法。第二百九十三圖 宜將脣缺之內廉及缺尖削成無皮之新斜面。後由外脣紅邊割一厚片。將此厚片疊栽於內廉斜面。缺上部二側亦須貼近縫合。

(三)縫法。以指捏脣兩側。不可用力過大。隨用二銀線深縫之。使不離位。一線近於紅邊之上。一線近鼻。乃為牽鼻至正位。且使之不動。縫時、本側鼻孔宜較小。因後必致展大。再用馬尾線或腸縫線縫缺二邊使之正對。其洄膜及皮之交紋亦須留意對準縫之。深面洄膜亦可縫連。每縫線縛妥後。則持之作柄。以便將脣翻起。另縫他線。其傷口上覆以紗。復用乾紗一塊製成蝴蝶形。將蝶之腰處貼於脣。蝶之二翼貼於頰。乾紗上敷火棉酒。深線第四日去之。淺線宜第八九或十日去之。迨深淺

二線皆去。再候三四日方可去此紗布。當前數日。宜將其母乳用法吸出。而以匙喂之。約至五日方可使之自吮。並將嬰之二臂用夾板夾其肘節使不能屈。免其抓動敷藥類也。

雙缺手術　可分二期論之。(一)若頷間骨未離本位。則不必動之。只治脣缺而已。若骨向前凸出。必盡行割去。或復其正位。或設法使小以便其復位。(甲)凸前甚劇者。必用剜骨割術。宜先將上脣中部解剖離骨。後用骨鉗剪斷骨底。斯時骨內所有之一小動脈必外噴其血。有時須用烙具方能阻其血流。俟十日後再治脣缺。(乙)復其正位有數法。至佳者乃割開鼻隔下廉。將其二側之涸膜及骨衣解剖離骨。後將骨彎回或折回使復原位。再用銀線縫定。立即整理脣缺。脣則有似夾板。俾頷間骨歸原位而不復凸起矣。有人云此復位術之妙處。即中門牙仍留。其頷骨及面形亦可得其正像。然宜知此術亦有不及之處。即頷間骨與頷骨罕能相連穩固。且中切牙亦短而斜向後。因頷間骨移轉故也。並頷間骨亦

第二百九十四圖

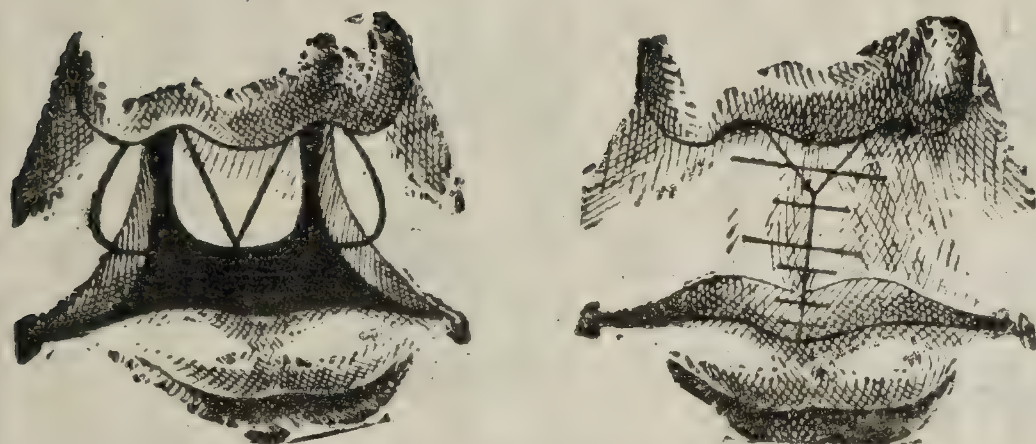


Fig. 294 ROSE'S OPERATION FOR DOUBLE HARE-LIP

羅氏補雙缺脣法

右圖表明縫合之法中部接於兩旁之間橫線長者指銀絲之位短者指腸線之位

左圖表明脣中部之割法二旁部割形由鼻孔至脣之紅廉

阻二頄骨相併。迨治腭缺則更難。但若循鼻隔豎面割開。將頄間骨挿於其旁。俾鼻隔夾之。可免動轉矣。(丙)頄間骨若不甚凸前。可剜出骨內所蓄之幼牙俾骨縮小。以便其脣遮於骨前。

(二)整理軟膶。與治單缺者畧同。先使脣十分離骨。後將中部之廉削去兩側。俾成三角形。其尖向下。二外部之廉割成弧形。見圖 隨將二旁部擁向中央縫之。遂於脣中部成V形之瘢痕。其中部之尖勿拉至脣之浮廉免致鼻尖降下 隨又用二銀線深縫之。一縫於中份之尖。一於紅廉畧上而縫之。其所用之敷料及以後療法。亦與治單缺之法同。治畢若嬰兒之口小。呼吸較難。須使看護壓其下脣向下。或於下脣外刷火棉酒一豎道。其口即開。嬰兒之呼吸則易矣。

正中缺脣 此患有二類。一僅脣之中線畧缺。一頄間骨及鼻隔俱無。致鼻梁甚平。脣正中且有寬凹。

面斜缺 此乃罕見之畸形。約自脣缺之處起。行於鼻翼外側。止於下臉內側。有是症者。亦或兼有睛簾缺或睛膜缺。按此斜缺之故。乃因鼻眶裂隙未長合。遂循淚總管之路而成此畸形。然僅缺於軟膶或至於骨。而將頄穴露出。

巨口 即口過濶。因胚頄阜及頷阜未長合之故。有累及一側或二側者。兼有耳成畸形者。如重耳是也。巨口之患大約於上下長有一小蒴。此乃指明口角之正位。即口圜肌之麗處。故治此症。當於小蒴後削而縫之。則成口之正式矣。

頷裂缺 此患因胚之二頷凸未長至中線而合也。能累及下脣軟膶或頷骨。亦或致舌有缺。但此病甚罕見之。治法與脣缺同。

小口 此係脣之成分長合過度之故。有此疾者。其頷骨或亦舒長未全。設口過小。宜橫割開兩側。隨將洒膜與皮縫合。則成一正式之口矣。

巨脣 Macrocheilia　此係脣長過大也。其類有三。(一)先天者。與巨舌同類。乃因先天時淋巴穴痕或淋巴管有慢性痕。兼連䐗等亦生長過度所致。此疾多生於下脣。致脣厚硬且外捲。其畸形甚大。治法即於脣之中部割去一V形塊也。(二)後天者。有瘰性之小兒易患之。故又名為瘰性脣。其患在上或下脣無定。然在上脣者或畧多。此脣厚之故。乃因淋巴管有慢性炎。其炎因脣恒有裂紋。易受染。倘裂紋痊癒。身體健壯。其脣即速縮小。(三)大人者。多在癨第三期。累及下脣變厚大而硬。因此期有蔓延性之變硬也。只用癨症普通之治法。其脣自癒。

癨性脣症　脣之癨初瘡。乃因用染癨之烟咀或㮔碗或接吻染癨之人所致。瘡面平潰而生漿液性膿。其下之䐗被侵而變硬。有時累及全脣。但其變硬不及癨初瘡起於生殖器者之重。惟受侵較濶耳。頷下之淋巴腺受累甚早。其患之進行較速。治法惟用平常醫癨之藥可也。脣癨初瘡。甚似膚疽。但可助其辨症者如下。

(一)其舒長較膚疽更速。(二)淋巴腺受累較早。且長甚大。(三)身體亦無膚疽衰敗之特形。(四)病者之年歲。(五)病之歷程。(六)病處之形。其瘡面平。不似膚疽之瘀形。且累及脣皮較多於泗膜。(七)癨初瘡多生於上脣。膚疽多起於下脣。第二百四十六圖至第二期多見泗疣於脣內及口角。至第三期則生蜿蜒瘍或癨瘤。或成上論之汎佈性變硬。於遺癨者。其脣常有裂患并泗疣。重者口之兩角或有放射形之痕跡。此形足為遺癨之特據。第二十六圖

裂唇 Cracked lips 素因天氣寒冷致脣之中央破裂一隙。多在下脣。若將下脣捲之。或口大張。最易流血。在有瘰性之小兒。若有二三裂隙久不見瘉。多致受侵而變硬。或致淋巴腺亦受瘰症之害。治法只可敷羊毛脂。若仍不見瘉。可搽銀氰强礬。

脣瘰 Herpes labialis 此疾與卡他耳、肺炎、或他熱症有關。無論上脣下脣皆能生之。其所佔之處有限。該處盈血而痛。後起數小皰。過數日變爲膿皰。後則破裂而發乾。此症起止不過七至十日即瘉。無須特別治法。若瘰疹在脣內面。其膚胅即早潰爛而脫。故成皰之時期甚短。

洄袋 Mucous cysts 此袋起於脣之內面。乃爲小圓腫。含膠狀透明之液。因受損傷洄腺管口被塞所致。治法宜剖出全袋。後縫閉其割口。

血管痣 Nevi 此患不爲罕見。僅生於脣之內面者可以剖出。設脣厚薄均受其累。宜用電化法治之。

瘊 Warty growths 此常見於下脣近口角之處。形似鱗胅疽。然不潰瘍。亦不累及淋巴腺。其蔕亦不多受侵。此與鱗胅疽相反者也。但每變成惡瘤。故割去愈早愈妙。

鱗胅疽 Epithelioma 此多因脣被土製之短煙咀激惹所致。或因常被齲牙所刺之故。在英國之婦女少見。若有之、即係用土烟咀之人。有由脣裂之周圍變硬而起者。於是漸次延蔓而現惡瘍之特形。或成瘊形。或似菌形而潰爛。或爲慢性之受侵。使脣起阜而變厚。且脣似乾枯。捫之覺硬。

若聽其常長而不治。則漸成爲大小無定形之潰爛塊。而可累及頜骨。其頦下頜下之淋巴腺亦早受累。後則伴頸血管之腺被疽質侵入。除此則不甚蔓延。故內臟受累則罕見也。患此症而死者。多因頸生子疽長大而潰爛。但於潰爛之前或有袋性之變壞。潰爛處所流液之多寡。則在乎染穢與否。且該處之腦經因被壓而甚痛。其頸血管亦有被蝕流血之險。

診斷　罕有斷定疑誤者。但間或誤認瘊或癯初瘡爲鱗疽。然觀其病歷。及其疽底。並諸情形。足能判定爲鱗疽否。設有疑惑。可敷可卡印割取一小塊。用顯微鏡查視。自可了然。

第二百九十五圖



Fig. 295 V SHAPED INCISION FOR REMOVAL OF EPITHELIOMA OF LIP

V字之割形以去脣疽

治法　若能全行割取則割之。頦下頜下及頸動脈深處之腺。無論長大與否皆可割盡。設頸深處之腺已長大。則粘着甚固。欲盡行割去則又難也。　設疽獨累及脣之一部。可割去一V形塊。其周圍須距疽約半寸。(第二百四十六圖)後按補缺脣式縫之。其畸形不甚。設疽大。去後則有大缺。非善於設妙法補之。則難得美滿之結局。一法、於割去疽後。由口角此側或彼側橫割開。將脣剖離頜骨。再將左右二片揑向中央縫合。後循所補新脣之廉。將洄膜與皮縫合。

若係盡割下唇。用賽末氏術 Syme's operation 甚佳。其術如下。

先將患脣盡行割去。後由缺之當中割二彎形刀口。均循頦下至頜角下。所遺罷於頜中紋之人字形皮。可作一新下脣之基。再將左右二片解剖離骨。後提向上。於中線縫合。作成新脣。癒後有人形瘢痕。此處之皮甚鬆。故可牽之以遮滿傷處。不必俟其生長肉芽始癒也。其上浮廉之皮。須與涸膜縫合。用此割法大約能以順癒。

若係盡割上脣。其補法甚多。最佳者則繞兩側鼻翼各割一口。向外至頰輭鬩使之離骨。俾二側易向中線捏合。但用此法當留意勿傷腮腺管。

取牙術 EXTRACTION OF TEETH

取牙之術（又名拔牙術）雖爲牙科醫士之常技。然內外科醫士亦偶爲之。設遇難鉗之牙。若非精於腦想及手靈敏者則不可取也。若拔二三牙。則用氰二氯 Nitrous Oxide 或溢氯鹽 Ethyl Chloride 若一次拔取多牙。則用伊打或醕哥爐 A. C. E 之迷蒙藥。如用哥羅方時。萬勿令病者坐起。自必先拔後牙。後拔前牙。各種牙選用各合宜牙鉗。更宜切記各牙根之數多寡。拔切牙長牙時。宜轉而取出。拔雙阜牙（前臼磨牙）及大牙（臼磨牙）時。宜內外搖動。其鉗更宜滅穢。隨即置於牙頸與齦之間。繼伸鉗向牙根直至夾穩。搖動而拔出。取牙時間或遇意外之虞。如牙頂折。遺根於本處。則當用根鉗一一尋覓拔之。設拔第一二上臼牙。或偶不經心。將一牙根推上。進入頗穴內。致該處發急膿性炎。其撕齦

或傷牙座廉者乃常見之事。然頷骨折或顳頷關節脫臼則不應有也。有時非用牙撬不能取出陳牙根。然用時務宜留意。牙已拔舉。則用無穉之水或卡波利水漱口。血流約即速止。若齦多撕裂。宜用指壓回本處。若口內不潔。當先用氯酒抹其牙窩。後用硼强酸水漱口。設血流不止。如瘀斑、瘇、及有易流血性者。當將紗條浸止血藥。小心塞入牙窩。其止血藥。宜用腎上腺精。或安替派林。用鐵綠强鹽於口內似不適宜。設血止二三日後偶然復流。此係牙座染穉之故。當由外側割大口。開其牙窩去齦或並去骨。使液質易於流出。且易塞入浸止血藥或敵穉藥之紗條。

齒齦及牙座之患 AFFECTIONS OF GUMS AND ALVEOLAR PROCESSES

絨性齦 Spongy gums 或名齦炎 Gingivitis 每因不理淨牙之污穢。亦由服錄藥或瘇症而致。齦軟而盈血。壓之血即流出。亦或潰瘍。且牙鬆活。每致脫落。 治法宜除其病原。且用白礬水漱口。患即自癒。

牙窩瘴 Alveolar abscess 第二百四十七圖 素常因牙齲。穉循牙髓至牙根尖孔而使窩內生膿。則牙窩壁展張。其膿即循骨邊 (CD) 或徑穿骨 (A) 至骨外衣下。若膿所佔之處有限。即直穿齦。名曰齦瘴。Gum boil 有時膿積骨衣下。致骨衣離骨而成大瘴。或使骨死。此類牙窩瘴甚痛而面腫。瘴大者則能累及全身不爽。且有較重之加雜病。即如膿穿破頰穴。致頰穴積膿。若瘴在頷骨。其膿下行可穿破於

頷下廉或頸。而成繁難之瘺。欲治此瘺。必先拔去其牙。但終不免留一附骨之凹成甚陋之瘢也。

治法將牙拔出有時即癒。亦有牙根帶一小膿包者。設於骨衣下生膿。宜先敷熱濕布止痛。迨捫出動浪時。則割開泗膜以放其膿。且於其內塞以紗條。歷數句鐘之久。設割口足大。屢用灌洗法亦可。以氯二氫二洗之最佳。若頰腫紅亮。可先將頰割一口。迨腫消後再拔其牙。若牙後仍存小瘺。當施割術。去瘺內之癧骨或死骨。每見嚼肌受侵而變硬。致下頷不能動。其口不能張者。此須用手術治之。

第二百九十六圖

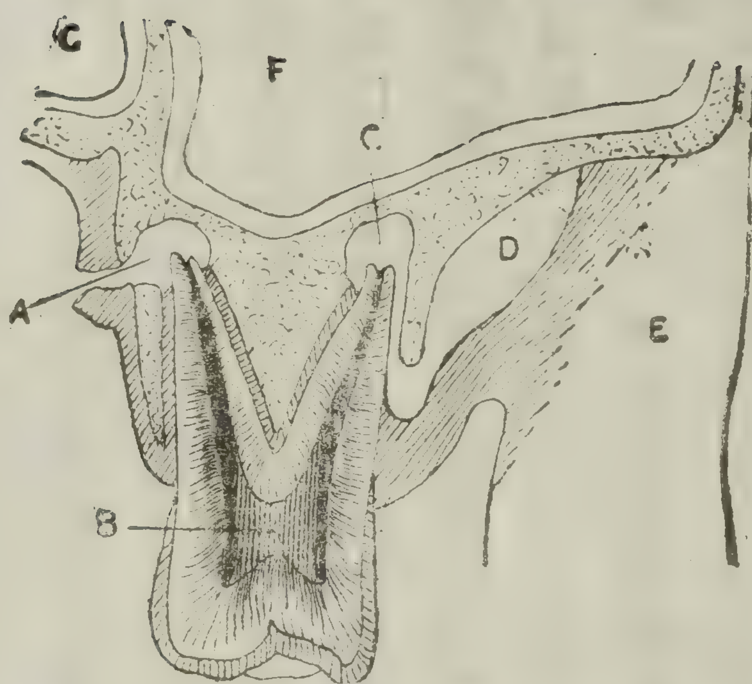


Fig. 296 DIAGRAM OF ALVEOLAR ABSCESS RESULTING FROM DISEASE OF MOLAR TOOTH

A, Abscess arising from escape of septic material from B, the pulp chamber, through the foramen at apex of the fang; it has burrowed directly through the alveolar process and burst through the gum; C, similar abscess, which has tracked down between the tooth and the alveolus and spread out beneath the alveolar periosteum at D, constituting the typical alveolar abscess ; E, cheek ; F, antrum ; G, nasal cavity.

此圖表明牙窩瘴由大牙病而生

A 牙髓房之染稚質由牙根尖孔流出所成瘴於牙窩且穿骨及齦而出 B 牙髓房 C 膿流至牙根及骨衣間 D 窩瘴 E 頰 F 頄穴 G 鼻穴

膿性牙窩炎 Pyorrhoea alveolaris　此係齦廉發炎而生膿。由牙根小袋流出。故齦胭收縮。牙座廉亦消瘦。致牙根露出。牙遂活鬆而自脫。故症可自癒。此膿炎累及一牙或多牙不定。

在起患之前。有許多牙沙。後牙沙與齦之間染穉發炎。炎即循牙衣而入牙窩。或延至周圍。如頰穴若壓其齦廉。大半可有膿擠出。但多少不定。牙窩炎全身之狀見七十六頁

治法　先將牙沙去淨。後敷斂藥。或防穉藥。如鹽二氯二甚佳。不獨敷於洄膜面。亦須敷於含膿之小袋。有時宜用電烙鐵以滅其小袋外壁所出之肉芽胭。或拔取其牙。　此症若施治太驟。其全身之病狀或致加甚。因其毒更被嗽入內。而病者之抵病力亦微也。患此症甚劇者。其抵毒之能甚缺。而抵口內某穉之俄伯所甯指數亦甚低。故莫如用爲口內特穉所備之伐克辛療治之。

齒齦過長　此患乃齦過長。成蒂大頂小之形。繞牙並居牙間。其牙約已成癤。小兒多患之。輕者敷三氯醋酸 Ac. Trichloracetic. 晶。將過長之胭蝕去。重者則用割取術治之。

牙袋 Dental cysts　此症不爲罕見。多因牙癤之激惹所致。故隨牙之排列。多在上第一大牙及雙阜牙處。由牙根舒長。致該處之骨痕起。若痕處不染穉。則不痛亦不發炎。未幾其瘤之中央變軟。而周圍之骨即被吸收。捫之則覺如蠟紙聲。後則成爲緊張有彈力性之圓瘤。於其周圍可捫出所餘之痕骨。袋生於頰骨者。多侵入頰穴內。但頰穴壁不破。只將洄膜突入耳。凡起袋之牙。多係死者。或係染穉之牙根也。

生牙袋之原因。約因生牙釉之胚迹復生多胅所致。其復生胅之故。乃因穉循牙髓房至牙窩而惹胚迹胭。遂生膚胭塊或膚柱。此胭後則變壞爲袋。其致患之病理。與牙膚瘤相同。惟此患僅生一袋。

不似牙膚瘤生多袋也。其內之液稠而有粘性。用顯微鏡視之。其變壞之膚胅及可誅司特林可見。

治法　宜於口內將袋開一大孔。隨即拔去壞牙或牙根。並割去牙窩之壁。使窩袋共成一穴。又刮去其裏膜。再用紗條塞之。令其生肉芽而癒。　若袋生於頄骨。當輕手整理袋之深壁。因恐袋及頄穴之間隔甚薄。又恐無骨膶也。

牙座瘤 Epulis　此瘤由牙座骨衣生出。厥分二類。即單純者。似骨髓胅者。

單純性牙座瘤　約係筋膶瘤類。起於頄骨或頷骨不定。但生於頷骨者較多。每因癩牙激惹所致。雖多顯於骨之外側。然亦有穿於牙間或骨內側者。形似紅色之肉塊。面滑或分小葉。係有彈力性之體質。浮面或有淺瘍。其餘被洄膜遮之。內或含數骨莿。　治法。須將牙與牙根及瘤一併取之。若瘤小。割取後僅刮生瘤處之骨足矣。設係大者。或割取後復長。當割取生瘤之骨。割取骨時。應於瘤之兩旁各拔去一牙。後用鋸豎鋸牙窩。隨於二豎鋸間鑿去四方骨一塊。但勿將頄骨鑿斷。致損其原勢。

似骨髓胅牙座瘤 Myeloid epulis　此瘤由牙座骨髓而起。其膶軟。其色紫。發長甚速。後則潰爛。或成菌形。其內或含骨性點。此類瘤似他類之似骨髓胅瘤。只係有定界之惡性類也。　治法。宜割去全瘤及生瘤之骨。若生於頄骨者。則不獨割去頄骨。而腭盤亦或全割去。若生於頷骨者。或只須去頷骨一方塊。與治單純性牙座瘤無異。自不致斷其頷骨之原勢。

鱗脒疽及疕 Epithelioma and Sarcoma 疕係圓脒或梭形脒類 俱可由齦而起。長於齦之鱗脒疽罕成菌形。而多侵佔骨腡。長於頷骨者。或延入頷穴。故亦名爬鱗脒疽。此患之病狀明而易見。即淋巴腺增大。及齦有特別之潰爛是也。　治法。無他治法。惟割去全瘤及生瘤之骨。與所累及之淋巴腺而已。

頷頜骨死　病原。(一)由牙蝕所致之牙窩骨衣下瘴而得。(二)外傷。如碰打等傷。無論骨折與否。骨未折而死者。多因染穢而骨衣或骨髓發炎所致。亦有因取牙時其鉗或撬不潔。致染急性炎而骨死者。(三)有在癨第三期。因累及腭或牙座廉而得者。(四)有服銾藥過度致中其毒而得者。(五)製火柴者易中硄毒。但平常之黃硄能致此症。而紅硄則不然。蓋硄氣由蝕牙入骨。致起急性炎而骨死。後則骨衣下生多新骨。其死骨即變疏鬆而色灰。似不潔之浮水石。乃緩緩與好骨相離。頷頜二骨俱可得此症。然患在頜骨者較多。(六)發疹類熱症後。或他類之缺養虧血等。如自起之染性骨髓炎。或漂血塊性之骨髓炎。皆能致骨死。時或全頜俱死。(七)瘰症亦能致骨死。小兒未生恒切牙之際。有時頜中紋被膿穢或瘰穢所染而生瘴。致骨疏鬆。或死一小塊。此患當於頦下處割開。刮淨有患之骨腡。牙雖脫落。然結局甚佳。且瘉後之瘢痕亦不甚大。

病狀　無論係何病原所致。其頷頜骨死之病狀大概相同。急性者、初起時骨內及周圍甚痛。後則面大腫。張口及用飲食皆難。溫度升高。或有寒顫。口氣臭惡。遲早必成瘴。或向口內穿破。或由面穿破。或膿下行入頸而成瘺。常流臭膿。其骨衣後或生殼以包死骨。然在頷骨罕見。即在頜骨亦有

時不生此壳。其死骨漸被消化而已。

治法　初期宜敷熱濕布。若疑其內有膿。則由口內循頰齦間之洄膜割至骨面。若已有死骨。按常理治之。每日用防穢藥水灌洗諸瘺三四次。迨死骨片與好骨相離則除去之。設能於口內割取死骨尤妙。但欲使其膿易出。必由外開口方佳。病重者。如由頜中紋至顳頜關節之骨全死。宜於外割一口。由死活骨之間鋸斷。將死骨盡行取出。

頄穴患　AFFECTIONS OF THE ANTRUM

頄穴生膿又名上頜竇生膿　病原。有因第一二大牙或雙阜牙之根有患所致者。亦有因印夫恩薩所致之急性鼻炎而得者。其鼻副穴亦兼受累。如額穴篩骨穴等。又有由外傷而得者。若係慢膿性炎。其穴內有時充以瘜性軟肉芽䐈。

病狀　使人猶疑不決。故病者雖經患多日尚未認準是否。　在慢性類。鼻之一孔流膿。時流時止。眶下處痛。久嗽。喉亦易激惹。膿之多少及形色無定。有時甚臭。若俯首則膿溢入鼻內。仰臥時膿溢入喉。若頄穴通鼻之孔閉塞。諸病狀俱覺增重而痛更甚。且顯腫痮。其痮徵可分四向。(甲)向內痮者。則阻鼻呼吸。且因壓淚總管致淚流不止。(乙)向上痮者。可致眼球突出。(丙)向下痮者。則壓腭之一側向下。或壓牙參差不齊。(丁)向外痮者。致顴下之頰凸起。設以指入口於頜骨與頰之間

捫之。則知側穴前壁較平常略輭。若痕日久者。按之有似破蛋壳之聲。有時頰穴前壁之骨俱被吸收。則覺有彈力性瘤佔其位。其眶下腦經亦屢發痛。　在急性類。與上論之諸病狀相同。但較重。且痕痛最甚。温度升高。並因頰穴之洄膜緊粘骨衣。恐頰穴之骨壁亦死。

診斷　每甚不易。但因膿時流時止。或因已有死牙或大牙及雙阜牙常痛。皆使人疑爲此症。若俯仰。或偏其頭。而鼻有膿流出者。乃爲通鼻之一副穴生膿之特狀。此或即頰穴也。若將鼻理淨。復令其頭下俯。即有膿由中卷骨下湧出。足證其爲頰穴生膿。更宜用透光法 Transillumination 視之。其法乃令病者坐於暗室。置小電燈於口內。頰穴若無病。則頰脣眶下廉俱透紅色。若有膿血或瘤。則其色暗。夫透光之法用處有限。因有人無病亦不透紅色。故光透時固知頰穴內無膿瘤血等物。而光不透亦難定其是否有病。但一側透光。一側不透光。此確爲有病之據。既用此法。設仍不能決定。宜在大牙凹或於鼻下竅用套針穿入頰穴。則定準是否有膿。

治法　按病而稍異。但須注意頰穴之通鼻口。在頰穴底高一寸。故其膿未能自然流出。若因取牙後。或因將牙根推入頰穴。致成急性類。其初期可用鑽將牙座之孔增大。足使其膿流出可矣。後用庫秋塞塞之。每日由鑽孔用無穉鹽水洗頰穴二三次。迨鼻不流膿。則孔即生肉芽而閉。用庫秋塞較勝於庫秋筒。因筒使流出之物流入口內。而口內之飲食或廢質亦能入頰穴內。

患印夫恩薩繼起之急性類。宜由鼻灌洗其頰穴。但必先用可卡印麻其鼻下竅。將頰穴內壁穿通

方可。其灌洗法。初起宜每日一次。後則漸減。此時切防病者受寒。有遷移他處病即漸瘉者。若係慢性者。約只用鼻內療法足矣。但欲獲其效。必將頄穴之內壁即鼻壁去盡。成一大孔。以便灌洗其穴。有時穴內積有瘜形肉胭。若欲去之。乃於第一大牙上先割洒膜。後去其穴前壁。用刮匙將穴內刮淨。後或可縫閉其洒膜。必病甚久者方可用紗條塞滿頄穴使生肉芽而瘉之舊法。近亦少用之。若係此類。更宜詳查頄穴之膿。係由副穴所溢至否也。

頄穴洒脹 Hydrops antri　此係慢性頄穴脹症。所脹之液乃粘性洒樣。與舌下袋內之液相似。此患不痛。亦無發炎之狀。至其大脹時。若按其前壁則有破蛋殼之聲。或有浪動之狀。昔人謂此患之原因係頄穴通鼻之孔被塞。而穴泌不得流出。故致脹大。其實多由頄穴洒膜腺成一袋瘤。或因有牙袋侵入頄穴也。第六百九十二頁罕有爲含牙袋所致者。第七百〇二頁治法。宜由口內先割開洒膜。後去頄穴壁之一部。所去之大小。以足洗頄穴內俾廢物易於流出爲度。有時去盡袋膜。而頄穴洒膜並未受傷者。

頄穴瘤　此分數類。如洒瘜、筋、牙、骨、疕、疽、等瘤。若瘤恰在頄穴內。則無一定之病狀。迨累及頄穴壁脹大。病狀方顯。但係惡瘤。則常越頄穴界。既越頄穴界。則惡瘤之特狀即顯。治法順瘤將頰翻起而割去之。勿大損頄骨爲妙。設係惡瘤。則不得不將頄骨盡行割去也。

頄骨瘤 TUMORS OF MAXILLA

粱及牙座及頄穴之順瘤。前已論及數類。其餘詳左。

骨瘤 Osteoma 有係頄穴密骨胭所生者。有因頄骨之全胭俱長而成者。此名獅面骨症。 肭瘤生於頄骨者罕見。

獅面狀骨症 Leontiasis ossea 此症幸爲罕見。多患於青年人。其進行甚緩。但無止步。致病者受苦殊劇。卒至於死。其病源人不甚悉。初起面骨及顱骨之數處似略過長。其間之絨骨即結塊成疣。內含筋胭。若生於頄頜骨。則面貌醜陋。增長時新骨侵入顱骨諸穴。如頄穴、眶穴、顱穴等。以致眼球外突。腦經痛。終至昏迷。 治法。無善法可治。曾有鑿去所凸之塊者。但無甚效。

頄骨惡瘤 有疕疽二種。 疕較疽多見。由頄穴前壁而起。或起於穴內。或起於頄骨後之蝶頄凹。或由喉之鼻部而延入頄骨。有時多生骨致頄穴被骨塞滿。 疽或鱗胅疽。多由齦而起。或柱胅疽或腺脬疽。多由鼻穴或頄穴內之腺胭而起。此二類瘤。約由牙釉之胚迹所生。即係惡性牙瘤類。Malignant odontoma

病狀 疕疽二者之病狀相同。然起於骨頄有前中後三者之別。故分論之。

起於頄骨前面者。初則凸於頰下。並侵入頰胭。後則漸長向下。自口內洄膜可以捫出。有時向深而

長侵入頷穴。起於頄前面者。不阻鼻呼吸。其初期亦不使眼常流淚。起於頄穴內者。致頄穴漲大。鼻流帶血之臭液。由鼻可見其瘤面之潰爛。因其壓淚總管。故淚流不止。有時瘤循淚總管而長。即穿於近內眥處。若凸於鼻之一側。則鼻之呼吸被阻。且或壓腭向下。起於頄骨後者。即蝶頄凹或顱底等處。生於此者。則有蔓延四周之性。若向前長。則推全頄骨向前。然不侵入頄穴。若向外長。則穿翅隙而至翅凹。若向內長。則穿腭孔至鼻。或向上長而入眶。向下長者少見。有之、則循腭喉管而顯於腭後外角。至晚期則累及頄穴幷蛀蝕顱底。

頄骨惡瘤之總徵。乃於頄處顯出一瘤也。初期病狀無定。後則瘤壞其頄骨而佔其位。鼻塞流淚。且有血或膿由鼻流出。該處亦或甚痛。約因三叉腦經之頄段被累所致。其隣近之淋巴腺增大。(若係疽瘤則尤甚) 先累及頷下之淋巴腺。繼累及頸前三角處之淋巴腺。後則內臟亦生子瘤。頄處之惡瘤。其進行確係惡瘤之特類。然因此處血多。故生長甚速。

診斷 頄骨順瘤與惡瘤不難辨別。惟惡瘤較順瘤生長爲速。痛亦甚。鼻所流出之液亦較多。且淋巴腺增大。並惡瘤有侵入鄰䏶之性。有時須用探查割術。始能定其確係惡瘤否。每有致症日久尙未覺知。只因腦經痛。或淚流不止而求醫者。但醫士亦只治其病狀而未查其病原也。設難診斷。可用透光法助之。若係含牙之牙袋。此法亦可顯明之。

治法 宜將瘤及受累之淋巴腺盡行割去。因此而頄骨亦難免不一併割去。設頄䏶受侵。或瘤

越頄穴者。外科士欲施手術宜十分細心。因未知瘤根可否除盡。且治法甚難。又兼毁人之容貌也。最要者乃早診斷其確係惡瘤否。蓋近來之查驗鼻法大異於昔。故用大手術以除瘤者少。果宜施手術。若能不去牙座及眶底。其結局較佳。然必早行診斷。始能獲此良效也。

割取頄骨術 Excision of maxilla 按病勢及佔位之大小而異。先墊高病人之頭與肩。用陣克氏吸具 Junker's inhaler 施哥羅方使之迷蒙。如有妙手副醫助之。自不必先用割總氣管術矣。

割法分三期論之。第一期。割刀口。翻起頰之軟膶。鉗去患側之中門牙。於中線割斷上唇。由此刀口繞鼻翼循鼻旁至內眥下半寸處。復循眶下廉至眶外側或顴骨爲止。（第二百九十七圖A）所割之片使其離骨而向外翻。至露明其顴骨凸。所割斷之血管即時鑷而縛之。

第二百九十七圖



Fig. 297 A, INCISION FOR REMOVAL OF MAXILLA; B, FOR REMOVAL OF LOWER JAW

A 割取頄骨術之刀口式
B 割取頷骨之刀口式

第二期。使骨接處相離。先令鼻旁離骨再撥眶底骨衣離骨。隨用鋸鋸斷頄之鼻峯。後鋸斷顴骨以開蝶頄罅。更用尖鋸置入本側鼻孔內。循已鉗牙之座處。由前向後鋸斷腭盤。後用長柄骨鉗截斷未鋸盡之三處。腭盤既截斷。則用鉗作撬將頄骨撬起。如此爲之。頄骨後之連處必折。並蝶之

內外翅亦必近其根底而折。其篩旁翼亦循眶內廉而折。

第三期。取骨及瘤。宜用獅口鉗啣骨。其鉗之二葉。一置於牙座。一置於眶下廉。用撐口具撐其口。軟腭若未受累。則割一橫口使其離腭盤。其餘連處亦盡行割斷。將骨取出。此時眶下及腭後之

第二百九十八圖

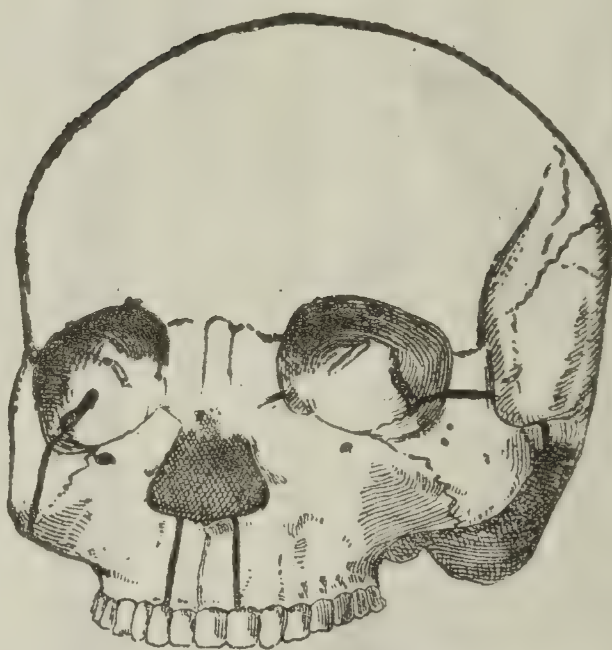


Fig. 298 SKULL SHOWING LINES OF SECTION OF THE BONE IN EXCISION OF THE MAXILLA

On the right side of the skull the malar bone is divided into the spheno-maxillary fissure as would be required for disease limited to the body of the bone. If the tumor invades the malar bone incisions on the left side must be made—viz, horizontally through the upper part of the malar bone into the fissure and behind through the zygoma.

此圖內黑綫乃指明取頰骨術須割斷何處

右側乃顴骨己割斷至蝶頰罅病限於頰骨者可用此法　左側之瘤己侵入顴骨故橫鋸顴骨上部至蝶頰罅且將顴拱鋸斷

血管或多流血。可暫用綿絨力塞傷口。後用線縛其大血管。其瘤之餘部應即時整理。後以無穢之紗條塞滿其空。隨後將頰處之割口務恰合其面而縫之。其脣廉更宜留心恰合縫妥。再用紗條覆於傷口。塗以火棉酒。　用此治法。平常少見腦力猝衰之狀。病者光景亦暫時甚佳。然恐其後病必復發耳。其空所塞之紗條。經二十四鐘之久宜由口取出。用防穢藥水灌洗之。或再用紗條塞之亦可。或令病者每日灌洗數次。雖不塞紗條亦可。其空自生肉芽而瘉。但瘉後有一大缺。後製一障遮其缺處。障上附凸物一片。撐持頰使不塌下。並令鼻穴不至

太大。治後數日。須以肛滋養法。或用喂筒入食管內滋養病者。後則可漸習吞嚥液體質。若軟腭未傷習嚥尤易。此手術之危險。乃在腦力猝衰。再發流血。及毒性肺炎等。迨傷口半瘉後。宜將頸處之淋巴腺盡行割去。與治舌疽同。

頜骨瘤 TUMORS OF MANDIBLE

頜瘤之性與頄骨瘤同。即脥瘤、筋瘤、骨瘤、牙座瘤、順瘤及惡瘤等。前已論之。

圖九十九百二第



Fig. 299 DENTIGEROUS CYST SHOWING EXPANDED CONDITION OF THE MANDIBLE AND UNERUPTED TOOTH LYING HORIZONTALLY IN IT

瘓頜見可袋牙含之骨頜
中袋於列橫牙之出未及

含牙袋 Dentigerous cysts

此多起於斜列不能出之牙處。雖亦見於頄骨。然生於頜骨者較多。其瘤之性及病理見於一百六十三頁之囊性牙瘤節。此牙袋多見於青年人。能致頜骨發瘓。第二百九十九圖按之始硬而實。後其圍漸薄。捫之如破蛋殼聲。或有浪動之狀。有時該處缺一恒牙。亦不盡然。因恒牙未推

暫牙而暫牙未脫也。有時隣牙根炎而累及袋生膿。或鉗隣牙之時。其根傷袋而破。後則成漏而流臭膿。辨症。含牙袋有時與似骨髓脒疙不易區別。但含牙袋之病期甚長。牙之排列不正。設兼有牙癖之患。約爲牙袋之據。最妙者以X光線照之。若見其中有不居正位之牙。即可判定其爲牙袋也。治法。宜割開洄膜。去袋之骨壁一塊。足敷取牙之用。其孔不必縫閉。迨其自生肉芽而癒。此時切宜留意潔淨其口。

筋性袋症又名膚性牙瘤 Fibro-cystic disease (Epithelial odontome) 第一百六十三頁 此乃由漸而成瘤。每長甚大。內有多窩。窩壁以立方膚脒爲裏。此膚脒係胚牙釉所生。此患多見於青年人。其歷程甚順。然過巨而侵佔隣腡。則其結果或至殞命。治法。宜將頜骨受累之部盡行割去而已。

菊形菌症 Actinomycosis 此症有時累及頬骨或頜骨。然累及頜骨者較多。乃由骨內漸長而成一大瘤。其狀與疙瘤甚似。惟其特狀乃有生膿之性。且膿內含有菊形菌質也。病狀及治法。見一百四十七頁。

似骨髓脒疙 Myeloma 此類瘤不僅由牙座而起。亦有由骨內而生者。多累及頜骨中部。令其痕大。但不甚顯惡勢。故治之宜先將瘤之骨壁開一口。刮出其內之軟腡。用卡波利酸搽之。後塞以紗條。如病復發。即將所累之骨部割去。設能留橋式一塊骨。使前後仍接連更妙。否則恐骨之二端向內。則甚有畸形。病者亦殊感不便。若不可留一橋骨。宜速用銀絲架。使骨不塌陷。後再換合宜假

牙托以代其架。

圓胅疕或梭胅疕　此等瘤多由骨衣而起。瘤之深處變爲骨。其歷程與惡瘤之特歷程相同。故宜將瘤及受累之骨一併割去。

鱗胅疽　此患由舌脣頸等處而起。後則侵入頜骨。宜將起病之處。及受累之骨一併割去。且於異日割去其頸之淋巴腺。倘病勢已廣延。而不能除其根。則不必施割術矣

割取頜骨術 Excision of mandible　此割取術。或因骨長瘤或頜骨死一大塊者用之。若係死骨。有時可由口內取之。然係惡瘤者。宜於外割一口而取之。

欲盡割取頜骨之一側。由脣紅廉當中略下處。向下割至頜中紋下端。由此循頜骨下面至頜角。復循頜扁之後廉。上至對耳垂處爲止。以免面腦經受傷（第二百九十七圖B）設瘤甚大。莫若將脣俱割斷。所割之片。使其離骨而翻向外。設欲留脣上部。宜深割至骨。但先將面血管上下兩端縛妥。再割斷軟䐈。使其離頜骨外面。後鉗本側中門牙。由牙窩稍向中線之外側。用鋸與骨鉗截斷頜骨。如此頦珠及其所麗之肌不至受傷。故舌之動力如故。再將頜骨外拉。割斷其內面接連之處。直至頜骨角。後力降頜骨。而割斷其外面之嚼肌。與裏面之翅內肌。又將頜腦經及靜脈割斷。再降頜骨使太陽肌腱露明於近骨處而割斷之。後又割斷翅外肌。並顳頜關節諸筋帶。於是將頜骨髁取出。切記傎靜脈緊貼頜頸內面。　血流既止。則縫合刀口。用火綿酒並紗布敷於傷處。亦可於口底用引流管數日

之久施此手術瘉後甚有畸形。因彼側之骨牽越中線而斜也。

顳頜關節症 DISEASES OF TEMPORO-MANDIBULAR ARTICULATION

急性滑膜炎 此多由如馬特熱症而致。頜骨動即痛。顳拱根畧下處摸之更痛。且腫大。因顳頜關節及其附近被滲液侵入之故。此患大約漸能自瘉。然有時筋帶變厚。致關節活動受阻。

急性關節炎 此係疹熱症後之稚串痺或白濁症所致。或直接由中耳炎所染。如在紅熱症時。亦見有小兒耳外管之前壁與顳頜關飾之後壁未長合所致者。(因染物由此隙而入也) 其病狀與單處重炎同。兼亦生痺。後約關節强直不動。 宜敷熱濕布治之。並按防稚法開痺。有時異日須將頜髁割去。

骨關節炎 Osteo-arthritis 此非罕遇之症。平常二側皆受累。其頜髁增大。於耳屏前可以捫出。張口時更易捫之。且有擦聲。其痛日輕夜重。陰天時尤甚。設生於彼側。其頜骨則斜向此側。若生於二側。其頜骨即推向前。頦則凸出。其關節內之朊。顯此症之改變。關節間之朊。漸次消無。顳凹變大而平。顳前阜不顯。故翅外肌將頜髁扯向前。後則難以張口。或日久則關節强直。 治法。平常初起只用藥療之。久者莫若割取頜髁爲妙。

瘰症 此由骨或滑膜而起。或由鄰近之淋巴腺累及關節。此病之進行。與他處患瘰相似。終致頜髁瘻而常流膿。日久則關節强直。欲免此等强直。即割去頜髁可矣。

頷閉不動　有數原因如下。（一）因筋性或骨性關節眞強直。如上論之症所致者。（二）因口內或口外之軟䏚成瘢痕而緊縮之故。如燙燒傷及瘰症。或於翅肌處用手術以治三叉腦經根。或口頰疖等。亦有因成骨性肌炎者。此甚罕見。（三）因頷肌受反應之激惹而痙攣。（牙關鎖閉）如𤺋牙或未出之顳牙。或頷之他患等。間有因癔症者。亦係痙症之初狀。（四）因本處發炎。痛腫。致口不能張者。如瘧性腮腺炎。腮腺瘻。及急性牙座骨衣炎等。又或舌或頷或喉生疽或他類瘤。其瘤長大皆能阻頷骨活動。

以上所論之四原因。只有前二者能致關節強直。其餘僅按病勢用合宜之療法即癒。惟頷久閉不動者。或因關節有骨性之強直。其骨質使關節之滑面彼此相粘。並上下牙座亦相粘。或因關節內有筋性之粘着。或關節外之軟䏚縮緊。不獨皮及泗膜縮緊。即肌肉等亦然。故僅割斷頷頸。或割取頷髁。則有所不足。設如此行之。亦無濟於症。因肌將頷傾縮近。致仍復長合之故。若以太陽肌或堅庫秋一片。置於二骨之間。則免其長合也。但口內外之瘢痕雖已割斷。亦難得美滿之結果。因其速復長合也。故治此症最妙之法有二。即平牙座割去頷骨之豎扁。或於頷角處割去楔形骨一塊。尖向牙座。俾該處成爲假關節。用此等法時。宜於頷角後下直割至骨。由此撥開骨衣。用鋸鋸之。

割取頷髁術 Excision of the condyle　此手術署難。因該處上有顴拱。下有面腦經。前有腮腺。後有外耳。故外科士著手之處甚小。其割口宜彎形爲佳。即由頷骨中間割起。彎向後下至耳屏前。只割斷

皮及皮下胭後將此片翻向前。復於切近顴拱後端微下處。將深筋膜割一橫口。直至頜頸。用骨銼銼淨。隨以骨鉗剪斷。即用死骨鉗將頜髁啣而扭下。所流之血不多。割口亦可順瘉。惟置引流管處見瘉稍遲。但不可不用之。

頜關節內錯亂 此非罕見之患。其原因係關節間肦過鬆。故張口時。其間肦即摺疊。而壓於頜髁。及顳凹前阜之間。致頜關節暫痛而不能動。若向左右搖動之。即可復原。亦有於張口時顯有咋聲者。 治法。患重者。宜將間肦割去。或將其縫固。以割去為妙 其割口之式。與割取頜髁術同。患輕者只敷起炮藥以散其關節內之液而已。

第二十九章 鼻及喉鼻部之症

DISEASES OF THE NOSE AND NASO-PHARYNX

鼻梁凹 此多因鼻骨折傷、或青年癯、或瘵、阻篩耜二骨之隔生長。或第三期癯而致。由傷致者。速治可瘉。若躭延日久。或由症而已成畸形者。雖治之亦難得美滿之效果。然有時可用植骨術補之。其術先於鼻中線割一口。將軟䐈向左右分翻之。剜一合宜小窩。將所備之骨植於窩內。以線縫固。再縫合其割口使之不動。有用患者之第四蹠骨植補者。亦有用鈂、金、假象牙 Celluloid 等物作架補之者。　又法。畸形甚重者。以硬煤蠟。用空針注射皮下有益。昔者常用一百一十度液化之煤蠟。但此等蠟有激䐈之弊。且難限於定處。近來喜用冷蠟。以堅固之注射器緩緩注射皮下䐈。並設法作成鼻式。此蠟或可恆作侵䐈之質。但此質究至何年消散。吾人經驗未久。一時殊難決定也。

鼻梁展大 Expansion of the bridge of nose　常因鼻內增壓日久。因生瘜所致者居多。但洄瘜非慢性而甚大者不足致此。而筋性瘜筋疙性瘜。則易致之。此症鼻梁平。兩側凸起。故有稱之爲蛙鼻者。先天鼻根凸腫。每由顱腦衣凸脫而致。第六百十三頁 或鼻骨間有通腦衣之皮䐈袋所致。幼年者莫如不治。待成人時。則通顱內之處或自閉矣。

鼻皮症 於此不能歷述。此等症大半係乎䐈腺。因鼻䐈腺大而多也。　痤瘡 Acne 此症常見。其原因乃䐈腺管被塞而發炎。嗜酒及食滯與喜飲釅茶者較重。表面之毛細管瘨。而飲熱或激動等

液時。則面易發赤。即名酒糟鼻。Rosacea 時兼有痤瘡。有時痤瘡長至甚大。其底受侵。此名膶過長性痤瘡 Acne hypertrophicum 於鼻上成數大阜。其皮色紅。猶如抹油。脂腺管口露明。而痕大之毛細管亦顯出。是名爲鼻脂瘤或槌鼻。

治法 純痤瘡宜先治食滯並禁酒茶。以魚石湍三至十滴置於藥殼內。日服三次。外敷安慰藥。如濁鉦碳强礬、鉦蓡、澱硫等。用甘油及石灰水調之。其痕大及醜陋之毛細管。可以電烙或電化針治之。若患鼻脂瘤。非用手術不可。即將凸起之部盡行割離鼻朌。其餘無皮之面。可用替耳氏植皮術。或任其自行瘉合。

第三百圖

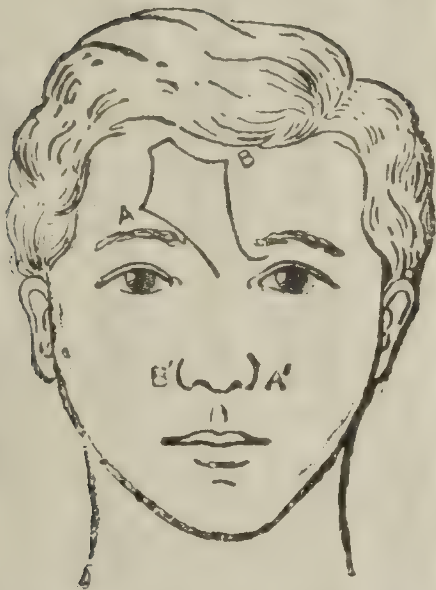


Fig. 300 INDIAN METHOD OF RHINOPLASTY SHOWING THE SHAPE AND POSITION OF THE FOREHEAD FLAP

The points A and B are brought down to A¹ and B¹ when the flap is twisted into position.

此係印度補鼻術表明額片形式及方位
將額片扭下將A點覆於A¹點B點乃覆於B¹點

鼻之一部或全鼻破壞 有由受傷而致者。但由慢性炎或惡瘤而致者多。如路浦司、第三期瘰或蝕瘍等症。亦有因鱗脒疽而盡行割去者。無論何故。所致之畸形均甚陋。故病者必求外科士施修補術以補之。 印度習俗以劓鼻爲報仇。故印度外科士於此修補術頗有經驗。玆只畧論數種修補術。習醫者欲知其詳。參閱專門割症書可也。

鼻修補術要法 Rhinoplasty （一）印度補術 借額

皮一片作鼻片。須上闊下窄。其片蒂須含一額動脈及額上腦經。片之大小形式。按欲補缺之大小而定。先將遮鼻骨皮平鼻梁根割開。向左右分翻之。其皮於洇膜交廉處可作合頁之用使皮面向內。割面向外。再以所割之額片置於鼻之割面上。二片之浮廉。則作成鼻前孔。額片之浮廉。則作成鼻隔下端。鼻前孔置引流管十日或十四日之久。額片旁廉。細縫於鼻缺割廉。迨鼻下部長好。略割額片扭轉之處。以資雅觀。切勿傷額片內之靜脈。所借額片之缺。其始即用線縫合。如不能縫合。可用植皮術以補之。

(二)義大利補皮術借臂上之皮作成新鼻。割此類皮片時。其根宜濶。且宜附麗於臂上內份側。所割之方位亦須合宜。以便接近該補之處。於是用合宜之具。將肘手固定於頭上。毫不移動。約二三星期之久。皮漸長好。則漸次割斷所借之片根。但此法費時至二三星期之多。若非病者特具膽識恒心。不能成功。迨片根割斷後。則修補之使成正式之鼻。

(三)法蘭西補皮術將兩頰之皮解剖離骨。使成二片。於中線縫合。

(四)因上諸術只用軟䐃作成新鼻。恐後縮短。只能遮鼻缺與二頰相平。故英國外科士設法避免此弊。即用含骨新鼻法。乃割去一手指之末段。後將指二節掌面之軟䐃劈開。以所割指皮之浮廉。縫於鼻缺之二割廉。迨長好後。則割指離掌。　設鼻僅缺一部。只按其缺施修補術可也。

總言之。無論用何修補術作成新鼻。皆不得美滿之結果。因其皮必收縮也。不如用堅庫秋製一假鼻。塗以適宜之色。用目鏡架擎之。或以黏物黏之則妙矣。

鼻穴及喉之鼻部驗法

欲確知鼻內症。必宜查其鼻之內面。所用之查法有三。

(一)鼻前孔驗鼻法。用大力之光射於鼻前孔內。如頭頂之電光燈。並用鼻窺器。其器以雙頁無孔連以U形跳簧柄者為最佳。將此器置於鼻孔內使之開大。如此可見鼻穴前部之下卷骨。及下卷骨前之能舉䐃。若此䐃腫。則他處即不易見。所腫之䐃捫之

則軟。兼有動浪。然敷百分之五之可卡印水即塌下。於是可見中卷骨覆廉。並其與鼻隔間之隙。亦可查驗鼻隔。此隔常偏向一側。並可見有變厚或成稜之處前後或竪列。亦見鼻隔有少許能舉腡。再用無稜探察驗之尤妙因不獨探長物之性體。且目不能見之處亦能探明。

(三)鼻後孔驗鼻法將驗鼻鏡置於腭垂之後察驗鼻後孔。其法不易施行。必手技熟習者方可。先壓其舌。隨將小鏡烤熱使水氣不凝。即遞鏡入腭垂後。勿觸腭垂及喉壁。若將鏡左右移動或作斜勢。即見鼻後諸腡。設不能見。必須以可卡印麻喉門。用簾鈎提起腭簾。則鼻後孔及其間之鼻隔後浮簾可見。在兩鼻後孔內可見卷骨後端及卷骨後之竅。下竅常顯小。以腭簾凸起之故。中竅亦小。因下卷骨後端之能舉腡舉起也。在鼻孔後外可見耳喉管內口。其色略黃在兩耳喉管內口間略上。可見喉扁桃。

(三)捫鼻後孔法。用已滅穢食指伸入腭簾腭垂後。細察鼻後孔。探鼻喉有淋巴疣或他瘤否。此法較前二法更易。故人宜熟悉之。因此法最能致用。

鼻隔生稜或偏曲 Spurs and deviations　鼻隔稜者。(稜又名脊)乃隔肕之一處加厚。此稜大約横列。皆由先天而得。　隔偏曲者。乃隔不立於中綫。令左右之鼻穴大小不一。平素隔肕常受累。有因損傷而致者。每見此二種病同至。若不因損傷致者其腭盤較高於常。致一鼻孔略塞。而彼孔起慢性炎。或作呃噎。猶如草熱症。或致㾊症。觀其外面之形。即知鼻隔約有偏向之病。若係肕性鼻隔稜。可用特刀去之。骨性者以合宜之鋸除之。但近少用之。多用洇膜下去隔法。結局甚善。其法。先用麻葯由凸面將洇膜剖離隔肕。後去盡其肕之全層。洇膜二層隨宜相貼。而立於鼻之中線成中隔。

鼻內異物　除小兒外少見之。倘小兒鼻之一孔流膿。外科士當思鼻內或有異物否。如豌豆、玻

璃珠、鈕釦等物常塞入鼻內。致鼻呼吸稍受其阻。日久則發卡他耳或膿性鼻炎。若尤日久。則鼻洄沉澱。漸積於物面。而成鼻石。 治法。當先於患側敷可卡印。以消洄膜腫脹。再用合宜之鑷或拘或圈套具取出其物。但務須頭戴額鏡。或用驗鼻鏡。所用之器具皆宜滅穢。取出異物後。當用淡鹼性防穢洗藥。灌洗鼻內二三日。所用之洗藥。以鹽水稍加防穢藥即可。昔日用灌洗沖出異物之法。然危險甚大。萬不可用。

急性鼻炎 Acute rhinitis 可分數類論之。(一)**卡他耳炎** 此爲常見之患。俗名傷風。然非盡因此。即有惹性之氣質、灰塵、植物之花粉等。皆可致之。不獨累及鼻洄膜。即額穴頰穴亦皆受累。致額面覺痛。或延至耳喉管。使人暫聾。若嬰兒患此。則顯氣促。因其鼻孔甚窄也。間或於吮乳有碍。 治法。使腸、腎、皮多行其功。用含硼砂之鹼性水。每日灌洗鼻穴三四次。或用薄荷冰消於流煤蠟內。以噴霧具噴於鼻內。

(二)**膿性鼻炎** 此患常因通鼻之一副穴(額頰等穴)發急膿性炎而致。只先治穴炎。鼻則自癒。有時其炎由白濁症而得。成人嬰兒俱可患之。然嬰兒較多。其液多致鼻呼吸被阻。亦有時潰瘍。宜日用硼强酸液灌洗數次。且日用噴霧具噴一次。或日敷淡銀氰强礬液(百分之一者) Sol. Argent. Nitras grs 5, Aq oz. 1 於鼻穴內。至無膿爲止。

(三)**白喉症** 此患亦見於鼻穴。素由他處延至。其治法見第一百十頁。

慢性鼻炎 Chronic rhinitis

此患分數種。玆略論一二。

(一)慢過長性鼻炎 Chronic hypertrophic rhinitis

此係常見者。其下卷骨上之能舉胴盈血。故鼻呼吸受阻而流洄膿。此症素多起於鼻高而窾窄之人。或因鼻受激惹之故。如空氣温度忽變等。其鼻下卷骨之前端。則成紅腫之圓形。卷骨之洄膜及連胴。亦成痳腫。若用針探之。似有一袋。充滿液體。敷百分之五之可卡印液。立即消退。然未幾仍復發。若不治之。則洄膜胴過長。重者漸成葡瘤形。畧似瘜。然此係脒增多性過長炎。非贅瘤也。眞葡瘤生於鼻者甚罕。其下卷骨後端能舉胴每受累及。中卷骨洄膜或亦被累。兼有喉炎或嗓共總氣管炎。　治法。於症初期。每日早晚以百分之硼砂液。或鈉氰碳强礬液。用灌洗具或病者吸入鼻內洗之。若洗而無效。可敷可卡印。若其腫仍不消。當用鏞酸六厘水一兩 Ac. Chromic. 0.35 gm, Aq. 28 cc 之淡濆藥點之甚善。再用紅熱之電烙線烙其卷骨。末期可用圈套器去其過長之胴。或用電勒具勒之。

(二)慢乾性鼻炎 Chronic rhinitis sicca

此患卷骨能舉胴塌下。所流之液不多。因滲出質俱存於鼻穴內。乾而成壳或痂。皆難取出。患此症者。鼻穴較濶於常。兼起乾性喉炎及慢性嗓炎。且累及二鼻穴。然鼻隔偏曲者。不在窄穴。而在濶穴。此症生於二側者。多因全身病。非因鼻孔被惹而生。如體弱血虧之婦女。故治全身較治鼻爲要。一側患此症者。宜正其鼻隔。將其凸塊割去。則呼吸氣自多出於無患之窄側。有患之濶側。則用淡鹼水灌洗之。或用棉一塊每日塞數小時之久。俾氣不得不

經窄側。然無論用何法治之。獲效皆緩。恐終身必需藥水洗之。激藥不宜用。因此患不能受也。

(三)慢枯性鼻炎(臭鼻) Chronic atrophic rhinitis (Ozæna) 此患之特狀。即鼻流洒膿性惡臭液也。但宜與卷骨鼻隔瘰症或瘻症。及鼻副穴生膿症。或異物塞入鼻內。或惡瘤潰瘍等區別之。因以上諸症。皆有臭液流出也。

眞臭鼻症。常見於青年婦女。有由外傷而致者。有由患疹熱症後而致者。鼻潤。唇厚而翻。因鼻內有痂阻鼻呼吸。故口常張。其特狀係呼吸氣臭惡。幸病者不自覺臭。流出之液不多。時有大痂落出。病者之呼吸稍暢。惡臭亦減。尋常兩側皆受累。此症可纏綿數年之久。始漸自癒。

察視鼻內。見鼻孔潤而毛少。卷骨之洒膜乾而枯。其色白。故去其內之痂。可見喉後壁。耳喉管內口或亦可見。喉亦發乾而有痂蓋之。去痂後。洒膜或微流血。因其緊貼洒膜也。然洒膜則不潰爛。若疑其係臭鼻症。在查鼻時。當察通鼻之副穴。因鼻生痂多係通鼻之穴生膿故也。

治法。 先須潔淨其鼻。勿存乾腐殼。用熱淡鹽水加以防穢藥。每日灌洗二次。始而外科士爲之。後則按法自爲之。逐日將痂去盡。用噴霧具置薄荷冰十厘流煤蠟一兩 Menthol 0.65 gm, Liq. Paraffin. 28 cc 噴之。後用棉或用已浸防穢藥之棉塞其鼻前孔及鼻下竅。此法即使鼻洒膜多生洒。則流質更稀。而不至成痂也。又法用庫秋管置鼻孔內。使鼻穴略小亦可。且當調理全身。使之強健。果能恒心爲之。終必獲效。此症不必施以手術。曾有醫士行使多次。卒未有濟。

鼻副穴病 Disease of accessory sinuses (額頄等穴) 此患約因急性或慢性鼻炎所致。有時因該穴之本病而起。如牙患所致之頄穴炎。外傷所致之額穴炎等。然最常見之原因。乃患印夫恩薩。其鼻竅及諸穴皆受累。在初期尚可治之。若疎忽不理。可成慢性炎。其結果或至不佳。鼻竅生膿之患。約因外科士所用之器具不潔。或不經心所致。其顯狀即鼻常流臭膿。有時人誤認爲臭鼻症。故對於此症。宜精心考查。究係何穴爲患最重。

宜切記諸穴之外口。頗不適於引流。頄穴尤然。因其口距穴頂較穴底稍遠也。惟額穴口最適於引流。惜其長而狹。且其泗膜腫時。易於阻塞。　若有一穴生膿。甚易由此穴傳至彼穴。因諸口均相距甚近也。如其膿由篩卮流出。必循其路而入頄篩等穴。若該處生肉芽䐈。其膿則不易流出。

若由印夫恩薩或傷風而起之急性者。則頄額等穴皆常受累。其初期之治法。及防其成慢性病。與減免病者一切之痛苦或危險。在六百三十一及六百九十五頁已論之。　治法。每日早晚當以熱鹽水灌洗其鼻。頄穴內壁亦穿通而洗之。

若係慢性症。則鼻之一側或二側流膿。病者自言似有物阻塞。故以口呼吸因鼻呼吸甚難也。　查視鼻內。則見其穴不甚濶。猶如臭鼻症。潔淨之尤爲顯明。惟有似瘜之肉芽䐈塞之。此肉芽䐈塊由鼻中竅凸出。肉芽䐈之面覆有半乾之痂。若按此痂。則有膿溢出。此膿乃由頄穴或額穴而來。所生之肉芽䐈。居於穴口之上下。以針探之。覺其骨已死或腐爛。此骨約即中卷骨之一部份。至於額穴

頄穴之患。其特狀、危險、治法、已論於前。玆不復述。

篩骨窩（篩骨蜂窠）循眶內壁而列。設該處生泗或膿及腫。亦可延入眶穴。或致眼球向前凸出。

蝶穴（蝶竇）列於鼻之後面。其液入於鼻喉內。若其中生膿。則眶及鼻之後面痛。若不療治。可致顱底受累。如顱底腦衣炎。蝶旁血埂（海綿竇）結血塊。或致隣近蝶隙處之眼及眶腦經受染。

治法　除治單純之病外。宜請鼻科醫士診治。或施以手術。最要者即使患處有適宜之引流。除去所凸之肉芽腡及病骨。因其阻膿外出也。但先用灌洗法數日。潔淨其鼻竅及所通連之頄額等穴。後再施以他術治之。切勿延悞。　有時穴泗膜長厚而似瘜塊。故須用第六百三十二頁所論之割術治其額頄等穴。　篩穴生膿者。可去其中卷骨之前部。夾碎窩壁。使穴與鼻通。其膿即易流出。若周圍之骨變壞。可由眶開一口。向後至篩穴。但欲至蝶穴。必由鼻開之。用鑿或鉗小心除去前壁。

癰症　此症約爲癰之第三期而發。係汎佈性癰瘤類。累及鼻隔及卷骨。致鼻流臭膿。或成瘢骨。及死腡等物。此雖係可厭之症。但平常不甚累及副穴。　治法。　當以治癰之法治之。如注射薩伐散。及服鈒氯銯藥等。且灌洗患處。並去其死骨。但去骨後不免鼻梁塌陷。

鼻瘜 Nasal polypi　此可分爲純瘜（又名泗性瘜）及筋瘜（又名筋疙瘜）二種論之。其鼻穴內之他等惡瘤。不得以瘜名之。此等瘤多起於頄骨。

（一）泗瘜 Mucous polypus　此瘜似一塊軟筋膠。以顯微鏡察之。見其組織似泗腡。蓋以顫毛柱膚。

第三百零一圖

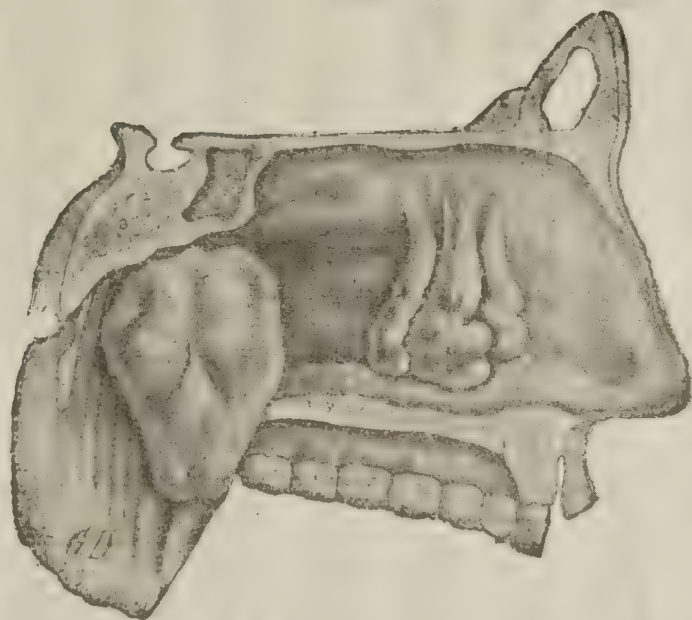


Fig. 301 MUCOUS POLYPI OF NOSE SPRINGING FROM THE BACK AND FRONT OF THE MIDDLE TURBINATED BONE

鼻泗瘜由中卷骨之前後長

有多血管滋養之。凡係鼻瘜皆由發炎所致。其體係由痰腫胭過長而成。其炎約係慢性卷骨衣炎類。兼由隣穴生膿。常見者爲篩穴。但其膿約爲繼起。非定因本病而起也。　瘜所居之方位。常列於上中二卷骨處。罕起於鼻頂。由鼻隔及下卷骨起者尤少。有時起於通鼻之副穴內或穴口。大約有數瘜同發。第三百零一圖前有一大者。後有一串相連之小瘜。前者已去。後者立見。常有小蒂。其形若梨而略扁。長大則凸出鼻前孔。凸出之部份。所遮之顫毛膚變爲鱗膚。其瘜亦略變硬。形類莿瘤。有後部凸入喉而形微圓者。此係單性瘜也。

病狀　甚顯之狀。乃鼻一孔或二孔之呼吸受阻也。其阻力由漸而重。天陰時尤甚。因泗胭有引濕之力。平常鼻流似水之液。或微帶血色。其人不能擤鼻。言語多帶鼻音。用驗鼻鏡查之。則見鼻內有灰色略透明而返光之物塞之。擤鼻時尤顯。以針探之。即知瘜有小蒂。設瘜較大。則鼻梁痕而平。或淚流不止。因總淚管口被壓故也。

診斷　熟於用鏡鼻器者。不難診斷。設鼻內生瘟。或鼻隔有棱。或鼻隔偏曲者。雖能阻鼻一孔之呼吸。但略爲經心。即可辨明。由鼻內骨瘰或癯症所起之疢腫肉芽塊。亦易區別。因其累及鼻隔與卷骨。且有膿流出。其肉芽塊亦無膚膝蓋之。而蒂亦較大。以探針透過肉芽塊探之。則覺有癬骨。其遮下卷骨之洄膜過長者。亦易區別。因其蒂濶而色紅。敷以可卡印則縮小。且在下卷骨處生鼻瘜者亦罕有之也。

治法　宜用勒具。或刮匙取下。若係單性瘜懸於鼻喉。或其數不多。用勒具最妙。使病者坐於椅上。外科士坐或立於其前。用可卡印 5% 及腎上腺精液 5% 噴入鼻內。再用鏡以探針察驗瘜根之位。後用勒具伸入鼻內。使勒具繇環瘜底漸緊而勒下。復一一將小瘜如法取下。至鼻穴無瘜跡爲止。若多流血。可用防穉紗布一條塞於鼻孔。越二十四小時換一次。換時用鏡鼻器詳細查視瘜根。又用電烙線烙之。以防復發。過數日病者當仍就醫察驗。倘有小瘜否。若有。宜復治之。倘瘜數甚多。或勒畢復發。可用刮匙刮鼻穴。取出其瘜下之骨。與治穴患一部份之手術同。

(三)筋瘜 Fibrous polypus　凡係筋瘤。遲早皆易變爲疙性。由顱底即蝶底或頰底下面而起。初起頭大蒂小。其體似肉。實而滑。長大或成葉。其初僅阻其鼻呼吸。或鼻甚流血。因瘤包膜及洄膜之血管甚多也。既長大則潰瘍而流帶血之臭質。其長且不限於鼻穴。更向前長使鼻梁痕而甚寬。致令二目斜向外。若向後長則將腭簾壓下。此與喉鼻部之瘤相似。有時侵入眶內或隣近之他穴。或潰

蝕顱底侵入顱穴。然此侵入期。約變爲疕性始有也。此症常起於幼年。即十餘歲時。且舒長甚速。卒因多流血或氣閉而死。亦或有因大腦起加雜病而無救者。

治法　若係平常小瘜。可由鼻前孔用電勒具治之。乃將絲環由前孔伸入鼻內抵喉。用食指由口伸至腭簾後。以指托絲環套其瘤蒂而勒斷之。愈近骨愈佳。恐其復長也。有時必須割斷腭簾。且於腭盤後部開一口。始能將瘤除去。劇者瘤已蔓延。用手術之損益無定。因顱底已受累及也。

又有他種惡瘤。無論鼻穴之何處皆能生之。而鱗胅疽較多見。初起時鼻流帶血之液。鼻呼吸稍阻。且覺痛。而身體亦衰敗。近頷角之淋巴腺亦早增大。因生瘤處之血管甚多。故舒長甚速。有時視病之輕重可施以手術。用銳藥療法亦或有益。

疕　除頄所生之疕外。亦有由鼻起者。病徵與鼻內他瘤同。　治法。用刮匙及潰藥。屢有獲痊者。但如此得痊。近人疑其非眞係疕類也。

鼻內及喉之鼻部症之手術。　此法甚夥。且曲折不易爲。玆將其切要而適用者畧論一二。

(甲)開鼻前孔。大半治卷骨瘺或骨死用之。只割斷一側鼻翼。及麗頄骨之鼻朒。若欲割二側。不如將上脣翻起。割斷洄膜及洄膜下朒而入鼻穴。再用骨鉗剪斷鼻隔使鼻朒離骨。後將面之輭朒提起而露出鼻穴。此法流血既不少。而施於小兒其著手處亦不甚寬綽。割畢將輭朒置回原處。雖不縫亦易長合。

若整理鼻穴上前部。可用鼻旁割術。詳前第七百頁。

若鼻隔獨有惡症。則由上唇之中線劈分。又循鼻之二翼割之。既割斷鼻隔。則將鼻下部翻上。將腭前部下面洄性骨衣撥之離骨。則去腭骨一斧形塊。如此可得入鼻穴之路。將鼻隔盡行割去。如此唇鼻諸部之復原處。不遺甚大之畸形。余曾用此法治一鼻隔鱗胅疽。當時甚佳。迨八年後見之。亦未復發。除鼻梁微凹之外。無他畸形。

(乙)若此症居於鼻之後部。或由喉之鼻部起者。由腭道割取則善。先由腭簾中線劈至腭盤後部。又於刀口之前端橫割一口。將洄性骨衣片翻起。露出一方形之骨。用鑿鑿去。或並去耝骨之一部份。如是可至喉之鼻部。足以令醫者去其內之瘜或瘤。後將所翻之洄性骨衣並輭腭片俱縫合之。

喉淋巴疣 Adenoids　喉之鼻部有許多淋巴胭。與腭扁桃胭同。佈滿洄膜。或集於喉鼻部頂之一處。即名爲喉扁桃。此喉淋巴疣。即因淋巴胭胅數過長之故。與慢性扁桃胭過長症甚似。往往此二症相兼而起。其疣形似大塊軟肉墊。加於喉鼻部之頂或喉壁。有時此疣有窄蒂垂入鼻後孔。且甚軟而多有血管。最易流血。所蓋之洄膜常易起摺。二摺間易於積穢。即發各種炎。並累及隣近之淋巴腺。在喉後壁數處。亦每起孤立之淋巴疣。兼發鼻洄膜及嗓慢性炎。　淋巴疣多生於小兒。大人患之者少。凡城垣內烟霧迷漫。空氣不潔者。易致是症。若不治之。其疣遲早雖能消瘦。然人已受其害矣。

病狀　其狀多因鼻呼吸被阻所致。其口半開。上切牙顯露。睡時發鼾。即醒時口舌亦覺乾燥。鼻翼低陷。鼻瘦而孔窄。因此特狀。致小兒之貌呆倦。讀書或少頴悟。鼻常流膿液。或有帶血之液由喉

第三百零二圖



Fig. 302 ADENOID FACIES

This illustration shows well the sleepy look, the pinched nostrils, the open mouth and projecting upper central incisors so characteristic of this condition.

喉之鼻部患淋巴疣之面容

患者似欲寐之形其鼻孔窄小口略開上脣凸向前令中門牙露出茲即此病之現象也

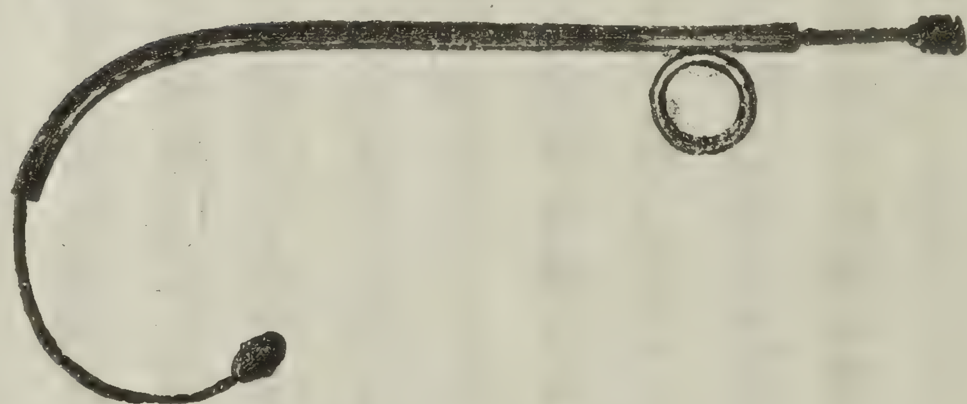
咯出。此等卡他耳炎。有時循耳喉管。致成急性或慢性中耳炎。由是或使耳聾。且味齅兩覺受損。因鼻內氣之壓力不足。故腭高而拱。其門牙漸次前伸。有如兔牙。頸淋巴腺亦受累而增大。常爲瘰症之根。在少年時疣劇而未治者。其胸則變平。呼吸不大。肋向內縮。脊曲後凸。

察驗　用驗鼻鏡由喉鑑之。可見其疣。或用指捫鼻後孔亦可。用於小兒更便。因其不能忍醫者之用鏡也。指抵腭簾後。則覺喉鼻部充滿輭而易流血之腡。鼻後孔多少必被所塞。

治法　多以手術去之。輕者或不須手術。只使小兒閉口。盡力用鼻喘氣可矣。兼用鹽水灌洗鼻內。或敷百份之一之銀氰强礬液於喉鼻部。並注意病人身體之康健。

手術　宜用喜氣或哥羅方或燐氯鹽迷蒙之。乃使小兒在棹仰臥。頭正下垂。設腭扁桃大。宜先去之。再將淋巴疣刮匙伸至腭簾後。用左食指拉腭簾向前。推刮匙向上。致匙之弓形浮廉觸鼻隔

後簾上部。隨使刮匙向後下循喉壁。將凸起之各淋巴疣刮下。再用較小刮匙刮旁壁之疣。後用特具或套甲將近耳喉管內口之疣刮下。如此流血固多。然速自止手術已畢。速翻轉其身。使面向下。令血由口鼻流出。並用冰或凉水揩面及額。以止其血。醫畢數日。禁止出門。惟令其食粥。此不必更用他藥。只用淡鹽水漱喉及灌洗鼻內而已。瘉後常習練用鼻呼吸。



圖三零百三第

Fig. 303 BELLOCQ'S SOUND

筒孔後鼻塞

衄又名**鼻流血** Epistaxis 病原甚多。如洄膜或骨受外傷。或鼻內潰瘍長瘤等。若用驗鼻鏡查之。其原有時顯而易見。最常見者係鼻隔洄膜微擦破與生小瘍。此因鼻癢。以指揭其洄痂以致流血。亦有因鼻隔洄膜痕曲之靜脈破。故鼽或力擤鼻時則流血者。鼻有異物。或鼻隔有血管瘤而潰爛者。每使流血。青年約成童時。因鼻血運不平之故。亦每流血。又或大腦血管盈血。因顱內靜脈竇及出顱靜脈通鼻內靜脈之羅。若空氣之壓力過輕。亦致鼻流血。如登高山之時。血性異常。如易流血性、瘀斑、癧等患。此不獨鼻流血。他處亦隨之流血也。鼻流血有時爲慢性腎炎之據。此狀既顯。醫士始知其係此症。亦有因心症或肺症致大腦盈血而鼻流血者。亦間有鼻流血係癥症之狀者。 不論一孔或二孔。若流血過多。恐有殞命之憂。

治法　切記有此患者。其原因多在鼻內。宜先察明。再施治法。故向醫士中言之。必以習用驗鼻鏡爲要事。此症素係鼻一孔。且近前孔者十之九。故鼻流血不必用他治法。只以手力揑其鼻。即可使血凝積鼻內。並令病者坐。以冰敷鼻根或頸後。若察明流血之處。無論由痕曲之靜脈所致。或潰瘍而起。可用電烙線或鏹强酸或腎上腺精。則血立止。設諸法無效。或宜塞其鼻孔。然善於用鼻鏡者則無須也。有時用防穢絨布一長條。或用浸腎上腺液之紗布。或以象皮指套中實以綿。塞滿前孔。後孔亦宜塞之。其法由鼻孔筒第二百十四圖五內送一線過腭簾。使線一端出鼻。一端出口。如無此筒。則用合宜彎喉鑷或導尿筒代之。後於線下端縛絨布團。長寸半。寬一寸。以指送團轉過腭簾。又用出鼻孔之線力牽之。使絨布團入鼻後孔。若出鼻之線端用雙線更佳。以雙線便於另縛一團。繫結於鼻前孔也。出口之線端。則順口角以貼膏貼於頰。前後所塞之二布團。過十二小時即可取出。用淡温鹼性防穢藥水灌洗鼻孔。以免穢染。

第三十章　口喉腫症

AFFECTIONS OF THE MOUTH, THROAT AND ESOPHAGUS

口炎 Stomatitis　此即口泗膜炎。乃常見之症。小兒患之尤多。

(一)卡他耳性口炎 Catarrhal stomatitis　其故不一。如被牙刺傷。或激惹藥。或於口內用手術後而染穢。或患痲疹症及他類疹熱症後虛弱而起。其消化道有患。如食物不宜。及食滯等。亦能致之。初起泗膜有數點盈血而腫。後此點延大而相連。全口之泗膜幾徧所滲出之泗甚多。性黏而色混。膚則變白而爛。後則脫落而成淺瘍。此等瘍最痛。　治法。盡除激惹之原。並服藥醫治消化道之病。或用防穢藥漱口。如百分之五之山伊達。Sanitas 或百分之五之硼醣。Boroglyceride 或鉀氯強礬。並淡鹽氣酸。

(二)疱性口炎又名**阿夫他性口炎** Aphthous stomatitis　養育不足之小兒。易得此症。口內先起白點。其點居於紅底。後則各白點相連成瘍。　宜養育其身力。病則自瘉矣。或用硼砂及蜜。或百分之五之硼醣敷之。　寄生性口炎之景況與上畧同。其原乃由口炎酵之寄生菌所致。狀似乳凝塊。列於泗膜上。其塊之大小無定。　治法亦與上同。此二種症。淋巴腺皆顯腫大。但口炎瘉後。淋巴腺自能復原。並不生膿。

(三)疳性口炎又名**口頰症**俗名**走馬疳** (Gangrenous stomatitis (Cancrum oris)　其原由已論於百零四

頁。虛弱之小兒或老人。若尿含胎或糖。或牙不潔。易致是症。 此患當速治之。用刮匙將痟刮盡。再以防穉藥如䤈氯漱口。

(四)錄毒性口炎 Mercurial stomatitis 有易受毒之性者。服錄一劑。即足起此症。若服錄日久。亦中其毒。若病人口齒汚穢。或多吸煙。則害益增重。牙齦腫。捫之甚痛。按之流血。嚼物及飲熱湯亦痛。牙或變鬆而脫落。牙座廉顯露。或變痳。有時舌腫炎而涎甚多。其臭甚惡。 治法。宜止服錄藥。或少服之。且服朴硝類以瀉腹。更用鉀氯强礬、白礬、淡䤈氯酸、沒藥酒等洗患處。有益。

(五)瘰性口炎 Syphilitic stomatitis 見瘰症篇一百二十七頁。

他症亦可致口泗炎。如白喉症、紅熱症、痳症等。玆勿庸論。

舌症 AFFECTIONS OF THE TONGUE

先天異常 (甲)舌全無或甚小。 (乙)舌一側枯。 (丙)舌下摺短致舌尖下降而貼於口底。故不能伸出。若嬰兒有此症。難於吮乳。如不治之。則言語不清。猶如咬舌。輕者固可不治。重者以中食二指於舌下摺之兩側托起舌體。牽直舌下摺。用鈍頭剪由摺中橫剪斷之。剪時剪頭向下。(丁)舌緊粘口底。因泗膜摺短也。若係胎生者。其病則輕。治瘉亦易。亦有由潰瘍成瘢而起此症者。此或無法可治。 (戊)舌及舌下摺過長。致舌動過度。有時舌滾向後。致呼吸被阻而死。 (己)缺

舌即舌中有缺。似分舌爲二半。有全缺者。有不全缺者。有是病者。下唇及頷骨亦或有先天缺患。

（庚）巨舌。此患雖因病而致。然約係先天之弊。其舌四面皆大。致露於口外。而旁廉被齒所壓。以至生瘍。並阻其靜脈之血運。且因其舌露出口外。故色紫而乾。洄膜粗而似皮。涎流不止。患久者則牙斜向外。傾頷骨亦成畸形。雖能使舌復原。然口仍不能閉。按病理云。此患係汎佈性連胭過長。致淋巴管被塞至痕。且淋巴管迭次發炎。致病增重。而舌漸大也。後則變成淋巴胭疕。　治法。宜去一V形塊。隨將割面用腸線縫合。

舌破傷　大約被牙所致。如發癎者舌常被嚙。或小兒於伸舌時跌倒而受傷等。當時血則急流。然速即自止。有時血瘀舌內。使舌腫大。輕者宜洗滌潔淨。後常用淡防穢藥水漱口。設傷口較大。宜用線縫之。但勿全縫合。恐內染穢而緊張也。若血由動脈急流。當張口拉舌向前。覓其所傷之動脈而縛之。設不能縛。宜於頸縛舌動脈根。或縛頸外動脈亦可。

急表面性舌炎　此乃全口炎之一部。無庸另述。

急性舌正胭炎 Acute parenchymatous glossitis　乃因舌被刺破染穢、或被昆虫所螫、或因患熱症而起急性口炎等。常見者因服銾過多。　舌之一側或二側俱可患之。但係身體病所致者。二側必皆受累。　舌痛而速腫大。甚至腫滿其口。或且露於牙外。致被牙之壓力而成淺瘍。涎腺腫大而痛。涎流不止。談話、嚥食、呼吸、俱有阻碍。溫度或亦升高。宜留意治之。則炎可退。但有時患處生膿或全舌

生膿。亦有因舌大或嗓口痳瘇而病者之呼吸甚難者。治法。宜止服錄藥。並除其致病之原。且服朴硝類瀉葯。及鈑氯强礬。兼用水蛭置於頷角下以吸其血。重者於舌面中線二側各割一口。使滲質及血流出。則各種病狀或速見效。但舌仍大。若病者有欠氣之弊。宜施總氣管上部之割術。或用割嗓術亦可。

舌瘇　此患或由急性舌炎所致。然由慢性炎而得者多。其位多在舌前部。致病之原因。乃緣受淺小之破傷。穉乘此而入。雖速長合而已遺禍於其內矣。舌之一部腫大而硬。捫之不易知其曾否有膿。宜割一大口。即查確而治之。

舌下瘇　此係泗膜下腡染穉發炎之故。儼若魚莿刺入由舌下涎腺或泗膜下腺而起。無論何故而炎。舌下必起一輭凸。當早將此凸割開。以免病延頦下。其舌因靜脈被壓而腫。其嗓亦有時起痳腫炎。身體且常不爽。治法。於泗膜之中線割一口。用敷裹鑷伸入其內撐之。以放其膿。再以水洗潔。並用引流法。舌下無定界瘇。多由頷下連腡發炎而起。

慢表面性舌炎　此患甚要。不可輕視。頰、唇、泗膜、或亦隨之發炎。大約起於瘇之第三期。亦有由吸烟或飲酒過度。或牙溢有刺惹之弊而起者。其因慢性食滯而起者。則食滯或屬癇症類。曾有醫士查明患此症者。百一十人中。日後成爲鱗脒疽者有四十人。爲便於講論起見。此病可分五期。然舌之數處。各期同時而顯者亦或有之。（一）舌莿變大而腫。舌

面色紅。欲詳查視。須用手巾或吸墨紙。將舌液十分擦淨。方能看清。　㈡膚過長而厚。亦不發光。其硬似角。紅處變白。此名白斑舌。Leucoplakia 有時舌葥長甚大。立於舌面。亦或有舌全面俱成白片者。此名魚鱗癬。　㈢過長之膚脫落。其面滑紅。紅面之葥則消瘦。或消無不定。若此現象久存不退。則與癳第三期之特狀相似。若舌面數處有大小不一之紅點與白膚相雜。致舌成爲斑形者。每致人誤認爲舌牛皮癬。　㈣遲早舌即潰瘍而顯特狀之裂。一裂於中央。他裂由此橫行。分舌面爲數方塊。此諸裂非由瘢所致。試將裂展開。則見裂底仍有無病之舌葥而無瘢痕。因此可知其裂乃由舌內深網縮硬而然也。且裂外亦生淺瘍者。皆因該處受激惹。如吸烟等事。其所以受激惹者。乃因泗膜消瘦而有易惹之性故也。　㈤終或發生鱗脒疽。其疽每由裂處而起。然其進行甚緩。因舌先已發炎而變硬也。初起舌色紅而有易惹之處。其面無葥。而蓋以黃白痂。舌之前部膚脒亦增多。致成白斑舌之狀。　凡此五期皆難忍受。即舌極痛。飲熱水及酒或食酸辛等味其痛尤甚。言語不便而音亂不清。其病勢之進行遲速不定。有暫見減退者。如其忌食不宜食之物。尙無甚不爽。倘不忌口。則或進行而成鱗脒疽矣。

治法　此患不甚易治。宜先去一切惹病之原。切勿吸烟、飲酒及酸液。若病者必欲飲之。可用穀酒之淡者。早晚用心刷牙。倘有癳牙根及不平之牙。務須取出。忌食香辣等味。只食純而無激惹之食品。常用藥漱口。如百分之四之鈉氳碳强礬溶液。或百分之二之鈉硼烘礬溶液。飯後更宜用藥

漱口。以免牙穢釀酸。若有裂或瘍。可刷敷百分之一之鏴強酸溶液。或千分之四之錄氣強鹽溶液。倘舌上有瘊。宜早割去。惟忌用銀丹。恐易生鱗胅疽也。　由癯症得者。可用療癯藥。如薩伐散等。且助病者胃經消化。設膚胅過長。宜服砒藥。若變成鱗胅疽。宜用手術去之。

舌潰瘍　此症之原因及形式甚多。如牙瘍。此係癖牙所致。多生於舌邊。食滯瘍多起於舌面之中央。甚痛。宜先消食滯。次敷銀丹足矣。瘰瘍此患不常見。多係肺瘰嗓瘰吐出之痰所染。初起乃因洇膜下有瘴。後穿破即成甚痛之小瘍。多在舌邊或舌面前部。後於瘍之四週生數副瘴。與原瘍通連。　治法。因其甚痛。致身體甚覺不爽。必須設法治之。可先敷可卡印溶液。繼刮瘍面。敷以濃卡波利酸。隨撒以黃氣。因病者之肺瘰甚重。不敢用斷根療法。可於飲食之先。敷以可卡印。此爲安急之療法也。　路浦司 Lupus　此患罕見於舌。設有之、必先現於面。次及於舌也。　治法。宜用X光線或銳藥。有時不若先刮後用烙術爲佳。癯瘍及疽瘍。詳論於下。

舌癯症　此症有數類如下。　癯初瘡。瘡近舌尖。其形與癲瘍相似。而頦下淋巴腺漸大。然不生膿。　癯第二期。舌生洇疣。並有裂及瘍。位於舌廉或近尖處。有時舌面有濶大之癯濕粒。兼循舌旁而有長裂。　第三期。舌有慢表面性炎。或有汎佈性受侵。或生癯瘤。　舌癯瘤在四十歲以下者此患不少見。約起於第三期之終局。其起係洇膜下或肌絲間之受侵。近舌中線之中央或後部。始而腫處堅硬。後則變軟。捫之有動浪。迨後所遮之洇膜即破。其內所含之特質流出。而成橢圓形或圓

形之深瘍。瘍底有疨一塊。瘍底及邊少見變硬。亦不累及口底及舌根。故舌仍能伸出。言語飲食依然如舊。且不甚痛。其頷下淋巴腺增大之故。乃因全身之淋巴腺增大。或因患處激惹所致。若其進行甚緩。服解癃藥。則瘤之消散甚速。若有瘍亦必速癒。但遺有硬處或深瘢。此不免爲日後起惡瘤之根。有時不見有癃瘤在舌之一處。乃全舌汎佈受侵。以致變硬。治法。宜服鉀氯鹽。或與銾同服。並用漱口藥潔淨口內。

圖四零百三第

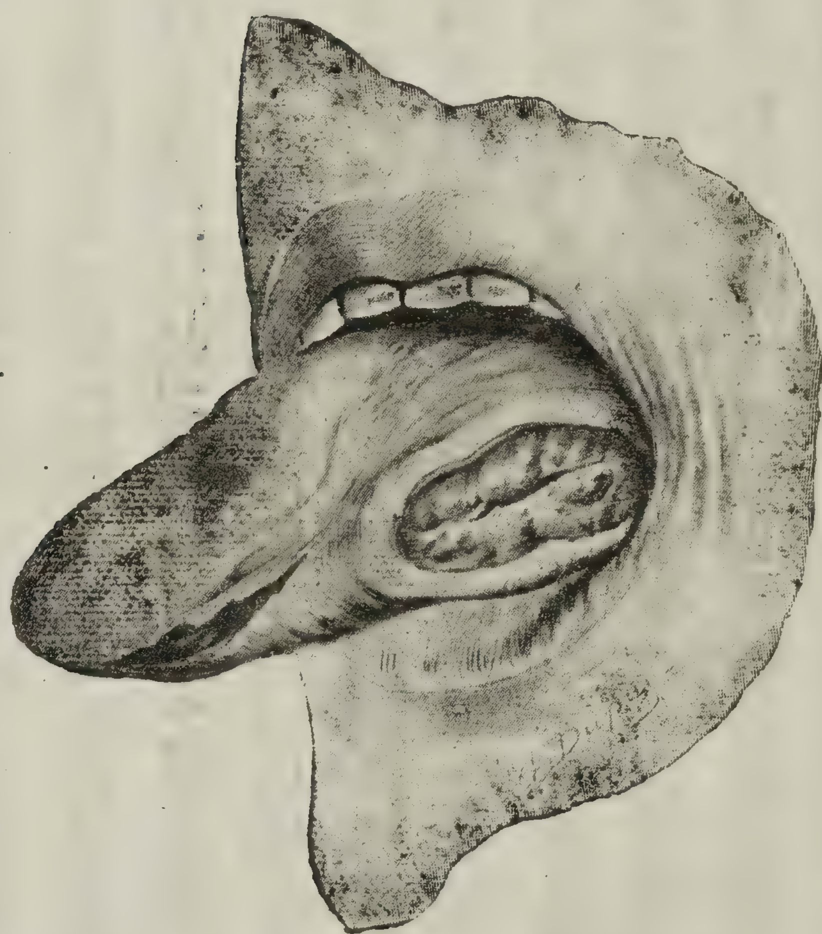


Fig. 304 EPITHELIOMA OF THE TONGUE

舌鱗胅疽

順性瘤 此患在舌不多見。但間有生莿瘤、袋瘤、脂瘤、及血管痣者。僅以平常之法治之即癒。

皮膶袋瘤 此患居於舌內或於舌下之中線。即凸於口底或頦下。多因脾舌管未長合而成。第三十二章 其中所含之質。乃係膶類。此等瘤不宜由口內剖出。因其根甚深也。不如於頦下開一口。細細將全袋剖出。

舌疽 此屬鱗胅疽類。患之者不少。且多致人於死。惟男較多於女。有由吸烟太過。被

其激惹而致者。若兼有癩牙或不潔之牙。更易患此。　初起之病勢。按其生於何處而異。　(甲)最常見者。舌邊中後二部之交點生瘍。其原因或係雙臯牙粗而不齊。或因大牙之惹力。見圖　(乙)因有慢表面性舌炎。或於舌面有癯瘤所致之裂或瘢痕而起。　(丙)亦有初起似瘊凸出者。其底侵入舌肌絲。延至舌根。　(丁)有時由泗膜下起而內侵。不顯於舌面。　(戊)有初起似口底不規則形之瘍者。　(己)亦有由腭扁桃之鄰腑或嗓之鄰腑而起。遂侵入舌內者。

無論如何而起。必顯一特狀。即一硬瘤也。其大小及初起之痛否無定。瘤面隨即潰爛而成爲凹形之瘍。色灰而流惡臭之液。致使病者之氣難忍。捫之則易流血。繞瘍之腑變硬。此硬腑有無定界者。乃逐漸與好腑相接。亦有有定界者。　因三叉腦經之頜段枝被激惹。故涎流不止。舌動則痛。談話咽食亦不便。因瘤侵入舌根也。且痛甚劇。而經過三叉腦經之諸枝。惟耳枝更受累。及致人不能寢睡。遂因倦難堪。而病更速增劇。夫頦下及頜下與腮腺下之淋巴腺早受累。但按其疽生於何處而異。如疽居於舌尖。則頦下腺受累。若居於舌中。則頜下腺受累。若居近喉門。則腮腺下腺受累。終則其病延至伴大血管之頸深腺。致居頸總動脈分歧處之腺增大。較早治時若不將此等腺盡行割去。則必速長大而變硬如石。且貼於隣腑。甚則貼於總動脈鞘。若病僅居於舌之一側。則對側之淋巴腺。除病至終期。則少受累。但延至舌之中央者。則淋巴腺之受累乃在二側。凡此等子瘤。每成袋形。因其內所生之膚胅塊變壞所致也。迨後穿皮而破。成不規則形頸惡瘍。至終期頜骨亦受其害。

身體衰敗。不獨因痛劇失寐之故。亦因飲食不能多進。滋養有缺。且因涎液甚多。致瘤之腐質隨涎嚥入。亦因疽間或流血。及子瘤之患甚劇。故除用割取術外。而病人活至一年者寡矣。其致死之故。即力虧、流血、或起染性肺炎等。

診斷　設病者年逾四十五歲。舌旁或舌底潰爛。淋巴腺增大。涎液過多。舌不易動。診斷則不甚難。惟病在初起。僅有癯性之裂或瘢或小瘊之形。故難判其係惡症否。但在惡瘤。其初起則有數狀足資診斷。即淋巴腺早增大。與特別之痛勢。及舌難動。並瘍底被有多脒侵入增其堅硬等。若仍有所疑。不如敷以可卡印。割下瘤之一小塊。以顯微鏡詳細察之。若使病者日服鉀氯鹽。漸增其劑量。雖畧見效。亦不能定其必非惡瘤。因有癯及鱗脒疽而兼患者也。

治法　只有一法可以望癒。即早割去全瘤也。但宜切記瘤所累及之處。或大於醫士所料及者。故割取時。非但宜去盡全瘤。且所去者宜過於周圍被侵之腡。更不但去其增大之淋巴腺。即該處所有之淋巴腺亦盡去之。(約自顱下至頦上峽所有之腺)如此之大手術。若能分二期爲之甚善。一先去口內之瘤。二再去該處之淋巴腺。若病未侵至舌根。且患處與淋巴腺之間有好腡隔之。則可分二期行之。雖此行不爲完全。但罕見病患在二手術間之好腡復發者。故尚可用之。因患此類病者。其口每多不潔。用此手術以大解剖頸之總血管時。其染穢之危險匪輕。但有時病勢深累舌根。及附近之淋巴腺。且其間所隔之好腡亦甚少。則不宜分二期以施此手術。乃一時將舌及淋巴腺去盡。病者不得不

冒此險也。

無論如何施治。皆當留意預防病者染穢。故必於數日前用防穢藥漱口。除去齲牙之根。且洗淨餘牙。若非病急難待。可於其口內取穢。備成伐克辛注射之。以免割後染穢之險。用手術前數日。病者不宜外出。以免受寒而起氣管炎。

夫割術之次序。按病之方位。及受累之多少而有不同。多以口內爲根本法。其餘則稍有改變耳。若只舌尖受累。可將舌穿一線牽穩。去一V形塊。去畢舌之小動脈則噴血。但易於縛止。隨將缺處縫合。若病累及舌之一側。而未廣延以至舌根。可割去患側之前半。或三分之二。但不必去其淋巴腺。割時宜使之迷蒙。隨用撐口具撐大其口。後則換用吸具施哥羅方。或用由總氣管施伊打法。又必須一有能之助手。用長柄之鈍尖鑷或持絨具。啣棉絨或海絨塊擦喉。以免血流入嗓內。於是用粗絲線二縷穿透舌中線之二側。牽舌向前。使之不動。再用鈍頭直剪。小心由舌中央剪斷洄膜分爲兩半。後以手指即可分開肌絲。又橫斷近牙座處之舌洄膜。再將舌提起。由前至後割斷舌底之洄膜。且割去舌下涎腺。此爲要事。隨用剪逐漸橫斷肌絲。其時若用指及引針。先露出其動脈縛而後斷之更佳。爲使其速瘉。則將舌洄膜盡行縫合。或縫合少許。或將舌尖折縫於舌後部俱可。用此手術。越十日即瘉。後再施淋巴腺割術。

若舌二側受累。而未深入舌根。幾與以上割術同。即將全舌割去亦不難。其法如下。先撐開其口。用

絲線二一穿舌前部。一於會厭之前穿之。隨循舌之二側割開口底之涸膜。以斷其麗頦珠之肌。如此則舌甚鬆而易牽於口外。於是用剪近舌根橫斷之。其顯露之總血管。宜先縛而後割斷。則流血不甚劇。有時將舌根前牽。包縫其涸膜。俾口內鮮肉之面減小。

若其病延入甚深。至累及全舌。則不得不將全舌盡行割去。可依賽末氏之割法。先割開頦骨。乃由下脣循中線割一口。直至骺骨。又用鋸由中央將頦骨鋸斷。使其二半分離甚濶。隨用剪視其所宜去者即去之。既止血流。則用絲線或銀線穿過舌根及會厭脉而制之。以免呼吸受阻。後用銀線將頦骨縫合。並將皮面縫合。若先用割總氣管術。或亦有益。但不用之亦可。

若欲割去全舌或舌之一塊。同時並去其淋巴腺。則用科克耳氏 Kocher 口外旁割術最佳。始用割總氣管術。再由近耳垂割起。循肐髃顳肌前廉。至骺大角。向前約至中線。又向上至頜中紋割之。所割之皮片及皮下膕。俱翻起而縫於頰上。後將一切淋巴腺。即頦下頜下頸動脈上等腺。盡行割去。並割去頜下涎腺。再將舌及面二動脈。縛於近頸總脈處。若頜骨有受累之處。可用鋸除之。設去舌之一半。則用剪循舌中線劈分爲二。再割斷口底及口旁之涸膜。仍留其肌連於原處。若欲割取全舌。則勿庸劈分。只使頜骺肌離骨。直通至口內。後將舌由此孔牽出。即於會厭脉及骺骨處割斷之。如此則全口底俱被療治也。後用線將外面刀口縫合。但宜留一孔。以便置粗引流管數日。

後療法 用一種安息香雜酒刷於截斷之處。（但其中所用之酒精用黃氯溶於伊打內至飽和代之）首要者。須常用防穉

藥液灌洗口內。如硼强酸淡溶液二十分之一之硼醇。或山伊達等。在四十八小時之內。宜留意檢查其舌根。勿使後倒。致阻呼吸。越二日則無此虞。再將所縫之線取下可也。第一日宜由肛滋養之。後用喂杯。杯嘴接一喂筒。置於喉或腫內飼之。病不甚重者。過一二日自嚥食物。重者、過五六日。病者亦可自用喂筒而食也。　治法之最險者。即在染穢。因染穢則有過後流血。或致起染性肺炎等。欲免此危險。宜於未割之先。當留意潔淨病人之口。　夫去舌一部、或去全舌。驟然思之。必致其功用大缺。然實不至如此之甚。雖其嚥食暫爲受阻。然功用仍能回復。即脣齒音不十分清朗。亦可回復大半也。

淋巴腺處割取術　因舌疽而施此割術甚不易爲。蓋其割處必由顋凸起。直至肐骨下。若舌之二側受累。必去頸二側之淋巴腺。但有時雖只累及舌之一側。而頸二側之淋巴腺亦皆受累。割時其割口必循肐髃顳肌之前廉。以至髂大角。隨將皮片連胸頜肌剖離翻起。去其頦下及頜下所有之鬆連膶及淋巴腺。並去其頜下涎腺。深部及管不在其內可反置總血管處　又將居於頸內靜脈上所有之淋巴腺由下向上去之。頸前三角處所有之連膶及淋巴腺。亦一併去淨。即居髆髂肌下。及顳髂頦肌後段之下至腮腺下廉之上者。面動脈及舌動脈前後兩端皆宜縛住。頸外靜脈固必宜去。頸內靜脈亦有時不得不去。但宜謹慎勿令面腦經及頸兩段腦經受害。果能細細縫合。可減輕將來之畸形。但必將引流管置於傷口之下端。若已割至腮腺。傷口之上處亦必用之。

涎腺症 AFFECTIONS OF SALIVARY GLANDS

腮腺炎 其炎有數類。列之於下。

(一)流行性腮腺炎 Epidemic parotitis (Mumps) 此係急性症。多見於小兒。最能傳染。亦常成流行症。其受患之伏期。約經三星期之久。其初病者畧熱。一或二腮腺腫大。二腺腫者。先顯於一腺。捫之覺痛。越一二日。彼側之腺亦腫。不易嚼物。因該處緊張也。約一星期之久。腫則漸消。所腫之處係在耳之下前。捫之即知副腮腺及嚼肌均受累。有時頜下腺、舌下腺、及隣近之淋巴腺皆腫。但生膿者少見。若患於成人。常見其炎傳移至精腺、乳腺、或卵腺等處。約只一側精腺受累。瘉後此精腺雖消瘦。然彼腺未傷。故其孳生之功不失。 治法。病者宜溫煖。並當安息。服朴硝類藥。至末期當用激類擦藥。以助炎勢消退。雖其急狀已過。而腮腺之腫或經數日方消。

(二)純性腮腺炎 Simple parotitis 約因受寒或外傷或腮腺管有石所致。如因腺管有石。必係慢硬性炎類。其病狀乃患處痛腫。週身不爽。亦有此炎因腹或盆之各內臟受外傷或有病而致者。昔人以為此患之起係因稚串瘰。近今則知乃因久用肛飼之法致口及牙不潔之故。曾有人因胃潰瘍而用肛飼法致起此病。此可為證也。 治法。用熱濕布加顛茄少許敷之。

(三)膿性腮腺炎 Suppurative parotitis 此類較重。由口染稚循腮腺管而起。亦有稚串瘰而起。或

疹熱症後而起者。如紅熱症或癥症。其腮腺增大。所蓋之皮盈血而痳腫。因該處之筋膜甚健。故甚痛。且其膿被筋膜所阻。難至皮面。故由皮下行至頸肌間。或上內行至顱底。或經喉上嚥肌之上廉而上行至口。亦因其毒素被竦。故全身受累甚烈。更因大動脈及大靜脈穿過腮腺。或有穢串瘴之憂。故此症之結局不甚佳。

診斷　近腮腺淺面諸淋巴腺發炎。其形與上言之腮腺炎甚似。惟淋巴腺較淺於腮腺。而副腮腺亦不腫大。故易於辨明。

治法　初期宜用熱濕布敷之。既生膿則割一大口放之。但當小心勿傷面腦經。故必先割一淺口。繼以鈍鑷入膿處。將鑷張開。俾膿由鑷嘴而出。若病重者。其膿延至四圍。則勢甚險。必宜割一大口。而面腦經等要件。無須顧慮矣。

頷下及舌下腺炎　此患無庸細述。頷下腺炎。若累及頷下處之連膶。則名頷下膿炎。見七十九頁

舌下袋瘤 Ranula　有因洄腺痕大。在口內而成自復透明之小瘤者。亦有因舌下腺之小管被塞而致者。又有一類罕見者。乃因頷下腺管被阻而致。但其管約經瘤之外面。此類瘤之大小。與核桃略同。　治法。　割去袋壁一大部。俾袋內生肉芽而癒。若此法不足。則將全袋去盡。

涎流被阻 Salivary obstruction　此患之故不一。有因涎腺管入口處生瘢縮緊。或管內有錯碳强礬。及錯碳强礬所成之石。其形似梭。致塞涎管。故有涎石 Salivary calculus 之名。此等涎石。只生於頷

下腺及舌下腺。因其涎濃而似涸也。若腮腺之涎不然。乃透明而如水。病狀。食時與食後涎腺痛而腫。設涎能流過管之窄處。痛腫即消。患之日久者。則成慢性腺腫。腺內間胴增多。腺圍胴隨亦發炎。設有涎石。約常有許多惡臭涸膿流入口內。若涎毫不能流出。則或成一袋。其袋自破或被割開。則成涎瘺。治法。若管口窄者。則設法以大之。或開一假口。管有涎石者。目能覩出。手亦或能捫出。可用刀由口內割開其管而取之。若涎石生於頷下腺。宜將該腺盡行割去。

涎瘺 Salivary fistula 此患幾盡在腮腺。其原因頰受刺傷。致割斷腮腺管。或因隣胴經手術。致腺管受傷。此症甚爲繁難。使外科士爲之棘手。病者亦甚有不便。因涎常流頰外。食時更甚。按腮腺管起於副腮腺之前。行於嚼肌之外面。長約二寸。後遽彎向內。穿頰肌而入口。對上第二大牙處。其嚼頰二部約作正角形。若由耳垂至鼻翼劃一線。則可指明腺管嚼部所行之路。腮腺管徑約一寸之八分之一。管口處最窄。

治法 此患若只累及頰部。宜於口內將管劈開。有時能癒。若在嚼部。治法較難。近副腮腺則尤難。以下所載之法甚爲合宜。乃以細探針入管口。循管路抵受傷處。再用鑷由受傷之外口伸入。卿其內之探針。將之牽於頰外。用雙線縛探針頭引線過頰。再繫細引管於線。以便帶管入口內。如此。管之一端在頰外。一端在於口內。又用二絲線縛引管之二端。於口角處作一結。自使腮腺管之頰部通於口內。則涎易流入口。而不向外流溢矣。越數日去其引管之外端。僅存絲線佔瘺管處。則瘺

管漸次縮窄。涎流入口內日漸多也。後則將絲線及引管全行取下。若留意勿使口內腮腺管孔縮緊。外面之傷處自速癒矣。設腮腺管之頰部全滅或全塞。致探針不能經過。可用套筒針。由外直穿入口內。以線穿過套筒。由線拽一引管入口內。再取下套筒。僅留引管。其餘之法與上同。

腮腺瘤　分順性惡性二種。

(甲)順性腮腺瘤　約係內膚瘤類。內含筋性胴及腺性胴。大抵起於血管內衣之膚胅。或淋巴穴之膚胅近腺面之處。因腺間胴變壞似膠。或變壞似泗。故使該瘤似朒瘤。泗瘤之形。捫之堅硬。且有疣塊。並有數軟處雜於硬胴中。此瘤居於頜及肐髃顳肌間。而伸支至嚼肌面及顳凸顳錐之間。或至頜扁之深面。第三百零五圖初起易於移動。而遮瘤之皮不粘着。迨後與鄰胴相粘。即不能移動矣。其生長甚緩。不痛亦不連累淋巴腺。其身體亦不衰敗。終則阻碍咀嚼。但他狀無關緊要。因生於腮腺之淺面。與緊要之血管及腦經無碍也。設不施治。即漸變為惡瘤。眞筋瘤或眞腺瘤。亦有時生於此處。

第三百零五圖



Fig. 305 PAROTID TUMOR

腮腺瘤

(乙)惡性腮腺瘤　係內膚瘤類或疣或疽等。多由順瘤而起。至於變惡瘤時。其生長較速。且痛。

又與膶相粘。並壓血管及腦經。面腦經受累更甚。遂致面癱。遮瘤之皮盈血。且與瘤緊粘。繼則成菌形之瘍。亦有隣近之淋巴腺或內臟生子瘤者。其全身必顯惡瘤之狀。身體亦衰敗。 此類不如疟類之多。然歷程則一。且多係腺疽或輭疽之類。而淋巴腺之受累亦早。

診斷 判症結局。最要者在辨別其係惡性瘤或順性瘤。順性者外有包膜。故易割去。惡性則無定界。其根幾不能全去。故辨別二者。宜細思上言之病狀。更留意查其生長之速緩。及與皮及鄰膶曾否相粘。並病者全身之形狀。若面腦經癱。此約係惡性瘤之特狀也。 腮腺淺面諸淋巴腺。每因瘰症或口內膚疽等症而受累。其狀與腮腺瘤甚似。但其居於淺面。故可辨識。

治法 每甚難治。因於其周圍有緊要之膶也。惟皮受累不多。瘤亦活動。且未累及深膶者。方宜割去。 若患已日久。雖係順瘤。亦不當割去。因與瘤所連續之膶甚深。且將欲變惡瘤也。按惡瘤而用手術者少見。因其蔓延佈散較早也。

去順性腮腺瘤 宜將繞瘤之一側割一皮片。翻向前或向上。使瘤包膜露出。如此去瘤。則不至有傷面腦經也。此腦經平常居於瘤之深面。然間有居於瘤之淺面或穿瘤內者。瘤已取出。外科士務宜留心。勿稍留瘤之深部。否則其瘤必復生。割時面横動脈及他動脈雖多流血。然血流易止。所遮之皮雖濶。勿庸截去。因瘉後皮易縮緊也。

去惡性腮腺瘤 初起之惡性瘤。每可將全腮腺盡行割去。其法乃於腮腺面割一直口。或皮已受

累。不如割二弓形口。後使腮腺與鄰腡相離。若能不割破腮腺衣更善。於是整理腺之下部。而雙縛其頸外動脈及顳頄靜脈。再將腮腺提起向前。用刀或剪而割斷其深腡。面腦經亦不得不割斷。故於未施手術之前。宜與病者言明。後必有偏面癱。

瘤雖已去。難免復發。有醫士於用手術之前。先割取其頷骨角。以便其處寬濶。易於著手。

第三百零六圖



Fig. 306 SUBMAXILLARY TUMOR

頷下瘤

頷下腺瘤　此患與腮腺瘤甚類。順性者卽內膚瘤。然有輭硬之別。(第三百零六圖)硬者似肌瘤。輭者似洄瘤。惡性者乃疕及疽。此二者雖係惡性。然初起時亦易割取。

腭症　AFFECTIONS OF THE PALATE

缺腭 Cleft palate　此係口頂先天之一缺。因該處之腡未連合於中線。致鼻及口相通之路不合正式。外傷、癰、瘰、等症而腭有缺者。不名爲缺腭。

缺腭之最輕者。腭垂分裂。稍輕者腭簾(軟腭)有缺。(第三百零七圖A)重者。累及腭盤(硬腭)抵切牙後管。(圖B)最重者累及腭盤、腭簾、牙座、及口唇。或缺於牙座口唇之一側或二側。設缺在二側。則頄間骨移位向前。(圖C)

凡缺腭約由後起而前行。其多少無定。有僅缺於腭前及牙座者。然甚罕見之。細視腭缺平常所居之方位。乃在中線。然有時居於一側。或二側皆有。欲悉其故。宜記口頂乃係三骨扁合成。即頄骨與左右二腭扁平向內長。且有顱底之篩耜隔向下長。而與頄腭相接。此三骨在胚之九星期或十星期。宜連合完美。若二頄扁舒長未及中線。則成中缺矣。有時篩耜隔獨過長而凸出頄扁間。則成雙缺。若一頄扁連中隔。是爲一側之旁缺。此旁缺多見於左側。且牙窩與脣亦被累而缺。此類缺隔骨似與腭部漸行連合而成爲一塊也。夫缺之寬窄無定。方向斜否不一。缺過大。施手術則愈難。故人云脣雙缺者。宜割去頄間骨。俾二頄扁相近。若二頄扁之斜向愈豎。治之愈易。因所割之泗膜及骨衣片。易於中線縫合也。頄扁愈平。泗膜及骨衣片愈短。故縫線

第三百零七圖

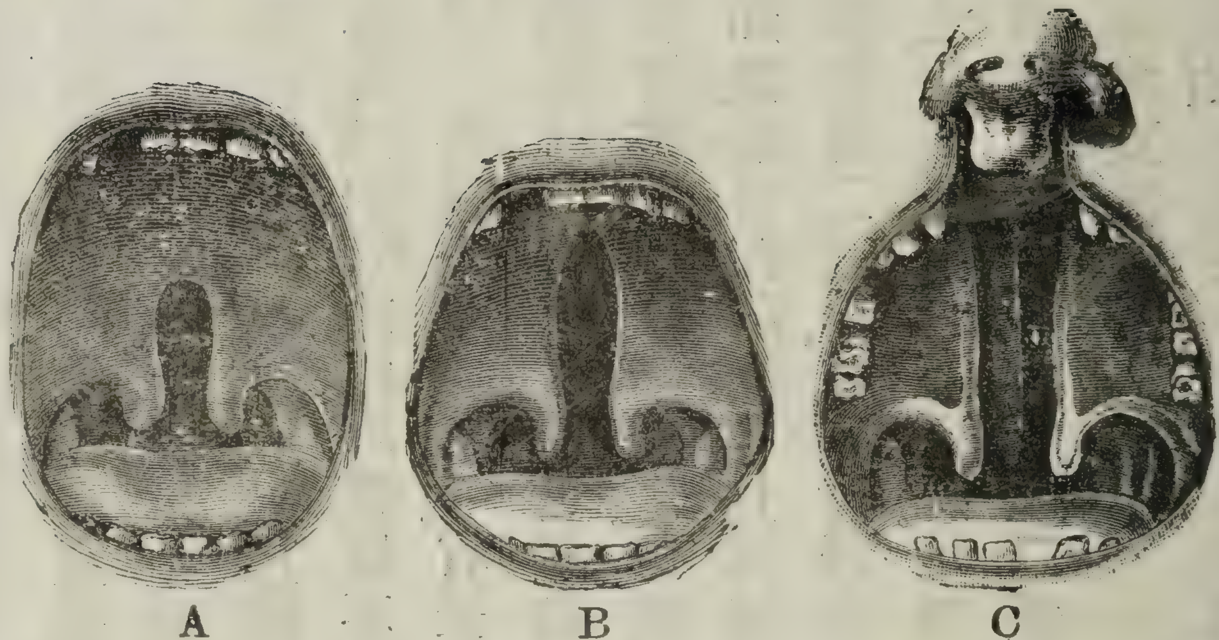


Fig. 307 VARIOUS FORMS OF CLEFT PALATE: A, INVOLVING MERELY THE VELUM; B, TRAVERSING THE HARD PALATE AS FAR FORWARD AS THE ANTERIOR PALATINE CANAL; AND C, BEING COMPLICATED WITH A DOUBLE HARE-LIP

此圖表明數種缺腭。A腭簾獨受其累。B其缺循腭盤至腭前管。C不但腭缺且有双缺脣

必索甚緊。始能令片邊挨近。其果效不甚使人滿意。

夫腭缺與嬰兒之關係甚爲重要。吮乳之能失。即流體質入口。易由鼻流出不得嚥下。故宜令嬰兒仰首小心用匙喂之。此等嬰兒若至長大。必言語不清。而人不知其所言。或有特異之音韻。凡需口內氣壓而成之音俱難道出。且因鼻泗膜較平常多遇空氣。故易患泗炎而成痂。生痂而腐。致成慢乾性鼻炎。(第七百十四頁)味嗅兩覺。則不似無症者之靈通。因泗膜有病。又因上腭有缺。不能研磨食物。

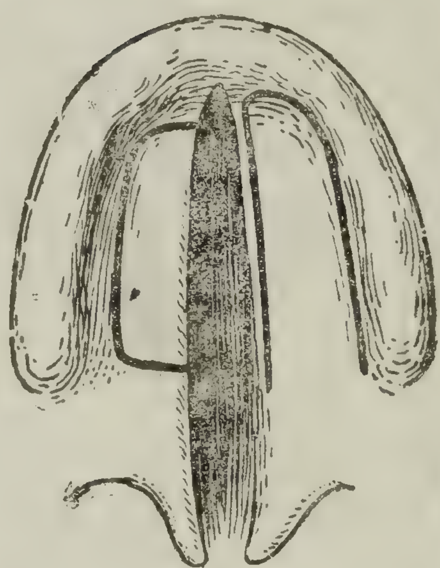
治法　外科士論法不一。有云愈早愈妙者。產後數日卽可施治。但其效果使人不甚滿意。因嬰兒無知常吮其縫線。或以舌撥動之。且嬰口甚小。其腭嫩而輭。故手術愈增其難。然亦勿遲之日久。恐濁音習慣。雖用手術治之。亦難望其語言清朗。按余謂至合宜之時。則在二三年之際。此時嬰兒畧有知識。必自知防檢也。且其時嬰兒必須康健。口嗓無病。亦無發炎之處。最善者令小兒早入醫院。細察其身二三日。視其曾否有病。而後再施手術。但施治於春夏較勝於秋冬。　設腭扁桃大。則須去之。但喉所生之淋巴疣。則無庸去。因言語時可助成鼻穴之間隔。　手術之宗旨。乃將腭盤之缺用泗膜骨衣片蓋閉。或壓二頜相近使之閉合。所成之腭垂不但使之相合。亦宜畧能活動。所用之法甚多。茲僅述其三者。

波斐氏術 Brophy's operation　其意乃使二頰相近而閉其腭缺也。先使小兒迷蒙。隨剷其腭之缺邊。直至露骨。又用粗銀綫二三條恰在腭盤上穿左右二頰。再將綫穿過有孔之鉛片。扭緊綫端。但

必用指將頰骨擠之密合。隨擠隨扭。使二骨相挨。再用綫縫合其軟腭盤。歷三四星期之久。始將銀綫撤去。此等手術。不可施於過六月之小兒。且必待此術癒後。再施補缺唇手術。此術在英國少用之。未知確能有益否。

科立氏術 Davies Colley's operation 第三百零八 三百零九圖 其法由腭盤剝二洒膜骨衣片。翻一片使洒膜向上。而縫於缺之彼側。一片不翻。只移置於彼片之面。使二割面相貼。再用數合宜線結妥。若恐一行不足。後如法再縫二三次以補滿其缺。曾有外科士屢用是法療治嬰兒。但依余論之。此法究不如下法爲佳。

第三百零八 三百零九兩圖



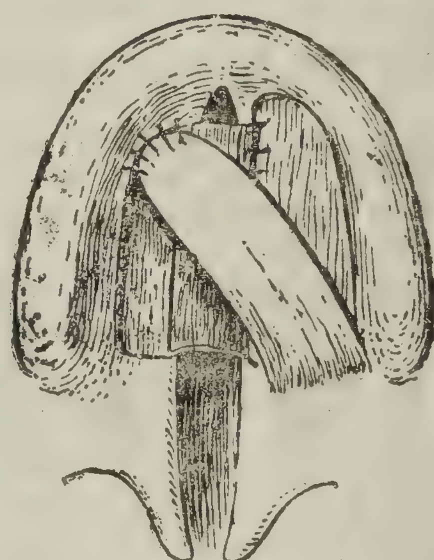


Fig. 308, 309 DAVIES COLLEY'S OPERATION

The left hand flap has been turned over and its free margin stitched to the other side of the palate whilst the right hand flap has been dissected up and laid across the former with the raw surfaces in contact.

科立氏補缺腭已完之式圖中左片已翻過且其浮廉縫於腭缺之左廉右片已伏於左片之割面亦縫於腭之左側

郎恩伯克氏術 Langenbeck's operation 此術約施於二三歲之小兒。在熟手行之甚有效果。其法乃割離二側洒膜及骨衣。再削其缺邊。後將二側之洒膜骨衣片使之密合。於中線縫之。若軟硬腭皆

受累。同時補之亦可。因少有其缺寬至不能補合者。即使不能全合。而後部亦必易長合。若前部有未補滿之處。或因頻間骨已被取去遺有大缺者。則用假腭盤塡其缺。再鑲假門牙於假腭盤亦可。

第三百十圖

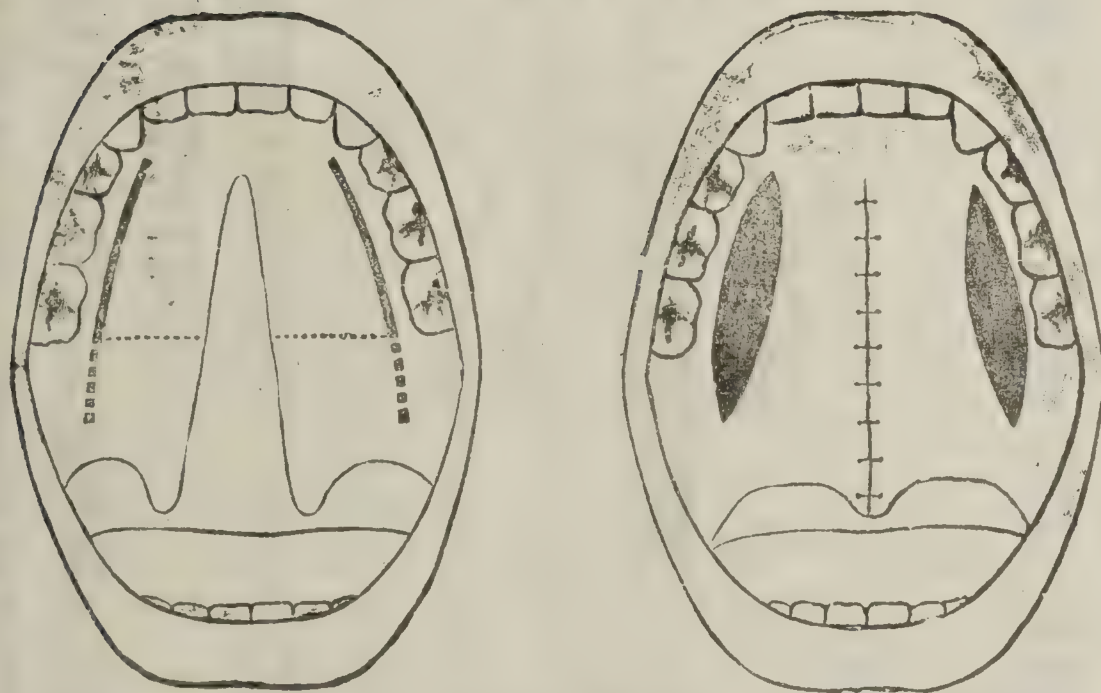


Fig. 310 DIAGRAMS TO INDICATE EXTENT OF INCISIONS IN URANOPLASTY

The thick black lines show the primary incision; the thick dotted lines the extension backwards of the same to relieve lateral tension; the thin dotted lines indicate approximately the position of the free border of the bony palate.

The right-hand figure shows the position of the sutures and the condition of the parts at the close of the operation.

此圖指明補缺腭術刀口應至之處

圖中粗黑線指明初割之口其粗虛線即往後割以使旁胴放鬆細虛線表明腭盤之邊界

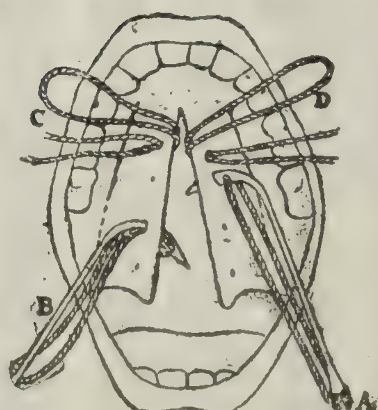
右圖指縫痕及治畢所有之形

手術　宜用哥羅方作迷蒙藥。留心莫使哥羅方滴入口內。即用吸具亦宜小心。恐哥羅方氣激惹缺腭之邊也。於是以具撐開其口。此具之佳者僅撐口之一側。因其易於放入取出也。此術可分四期論之。

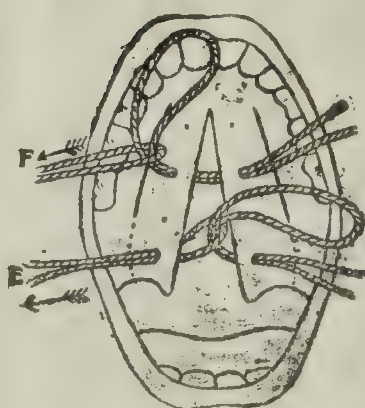
第一期　割離洄膜骨衣片。

由末大牙距牙座廉半寸向前割一口。與牙平行。幾抵缺尖前部而止。若缺至牙座。則刀口當至旁門牙後而止。（第三百十圖）恐過前則傷養骨衣片之動脈也。隨割洄膜及骨

第三百十一圖



第三百十二圖



第三百十三圖

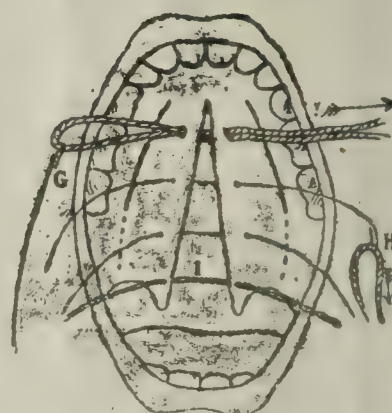


Fig. 311, 312, 313, DIAGRAMS TO ILLUSTRATE THE LOOP METHOD OF PASSING STITCHES IN THE OPERATION FOR CLEFT PALATE

The needles and silk thread are for purposes of illustration represented much thicker than would really be employed

此三圖表明補缺腭術及用襻縫法
依此圖所用之針線未免過於粗
大用此法者須留意而酌量之

衣。當深割至骨。後用剝骨衣具。由割口剖腭盤之軟腡與骨相離。宜小心使軟腡實離腭盤之後部及蝶鈎峯。亦不得畧有損傷。因此處之軟腡甚弱也。缺之彼側亦然。此期流血甚多。故頭宜偏向一側。亦較低於胸。且須以海絨頻擦其喉。免血流入氣管。

第二期 削缺之邊。宜用角形扣鑷揑住腭垂。去缺邊之一薄層。須割成一整條爲妙。繼則如法削其彼側。必待此時方削其邊者。恐擦喉時其邊受傷則不易長妥。亦因剝洄膜骨衣片後。始知削邊宜斜若干也。

第三期 縫術。至妙者用鈕襻法。Loop method 其法用長柄彎形之腭縫針。貫以尺半細白絲線。離邊二三・千分米。由下向上穿過洄膜骨衣片。第三百十一圖A 隨用鑷將襻線由缺處牽出口外。圖B將縫針解下。又於適對此側之缺旁再用線如是穿之。於是甲乙二襻線由缺露出。圖CD置甲線入乙襻內。第三百十

二圖E　輕手拽乙襻帶回甲襻。圖F故穿腭缺二邊成一雙線。一端爲襻門。一端爲襻尾。按法由前向後行。每隔百分米之半分米卽縫一線。直抵腭垂底。迨諸襻線穿妥。隨用六寸長之上品銀線。由前至後逐一鈎於襻上。第三百十三圖GH將之帶過。後用絞鐵絲具逐一將銀線絞緊。使腭缺二邊適合。末用雙彎針。圖I貫以絲線縫合腭垂。腭垂不用銀絲者。恐惹舌之後部致人吐嘔也。有外科士喜用特備之雙彎針。針柄內有銀線軸。空針穿腭缺二邊時。卽放開銀線軸。線則由空針尖而出。其法由後之腭垂起前行。每穿一線。便卽縛妥。

第四期　免側性緊張　此爲至要。蓋務必將腭旁二刀口續割至腭簾。第三百十圖粗虛線而割斷提腭簾肌。有時亦須將喉門前柱內之腭舌肌。及喉門後柱內之腭喉肌剪斷。　後移小兒於榻。使頭畧低。俾血涸等易流入喉內。用淡防穢藥水漱口。有醫者於首三四日內。不用淡藥水漱口。初四五句鐘禁用食物。至二十四句鐘內。僅給飲食少許。首四日多用牛乳及水飼之。越五日畧用稀食。如粥或水浸之麵包。至六日病者起坐於榻。或下地行走。至十日或二星期後。可將銀縫線撤去。設僅缺於腭簾。可先削缺之二邊。繼於旁割一口。將提腭簾肌割斷。後用縫線縫合。

果效　大半初瘉後言談不如前。因先雖有缺。已習慣設法出言若無缺然。缺既治畢。則反畧似有碍於出言。宜請聲音教員規正之。但無論何法教之。仍不免帶有鼻音。因腭簾縫妥後畧低。而不足以間隔鼻喉孔。然治法甚爲有益。因能間隔鼻口。使鼻內涸不能任便流入口內。病者味覺亦較

勝於前。且身體亦覺爽快。

器械治法 Mechanical treatment 外科士牙科士有特喜此治法者。常云較佳於割法所用之假牙托。係用一假腭塞住。或遮住腭缺也。若缺由受傷或瘤或割取頄骨症得者。可用此法。於雙缺唇兼缺腭。必須割取頄間骨者。亦可用此法。所用之假腭。前部鑲以門牙及頰片。令上唇凸前。 無論何故。用假腭法。其塞皆不宜過緊。以免缺處常被其壓而撐大。所用之片宜甚薄。以金類或堅庫秋製成。堅繫於牙。被氣之吸力即穩固。若另用一片以代眞腭簾。亦為有益。但此法甚為複雜。並易損壞。依余論之。不若手術為愈。

腭潰瘍 （甲）順性者。此生於口炎之時。 （乙）癯性者。能累及腭盤或腭簾。潰瘍之淺者。乃癯第二期之病狀。深者累及骨。常致骨死。乃癯第三期之病狀。 （丙）路浦司性者。此不常見。能使腭潰爛甚濶。於小兒之鼻內常兼起此患。 （丁）瘰性者。即骨衣下生瘰性痺破而成者。兼有骨瘺之弊。 （戊）惡性者。常因鱗胅疽起於腭處之泗膜。或由他處所染。如舌、或喉扁桃、或上牙座等處。

後天腭穿破 此患間有由外傷或路浦司症而致者。最多者約在癯第三期。其鼻隔常受累而壞。致鼻流極濃臭之物。設腭簾獨受累。瘉後則成瘢而與喉後壁相粘。致喉収窄。或腭簾失腡而小。故致病者之聲帶有鼻音。因出言時不能閉隔喉之鼻份也。 治法。宜用解癯藥。設腭已穿透成孔。宜用假腭。若孔不大。其患已瘉。果其人康健。可剖孔側之泗膜及骨衣片。使之離骨而削去其邊。將孔掩蓋而縫合。然如此治之。其結果不甚滿意。

平常之骨炎。亦每見於腭盤。骨死。有因癨第三期而得者。亦有因上牙座瘅其膿串至腭。致成急性骨衣下瘅而得者。無論何故所致。醫者宜待死骨片活動後。方可取出。骨癬。多因癨或瘰症之故。

腭瘤 順性筋瘤。有起於腭者。亦有起於牙座者。腺瘤。起於腭腺者其形滑。或似瘊。外面似鱗胅疽。惟舒長甚緩。且不潰爛。亦不痛。不累及隣近淋巴腺等。故易於辨認。治法只割去腭軟腡及瘤足矣。疙瘤。此患有於腭自起者。亦有由他處傳來者。自起者多係洇疙。與牙座瘅甚似。然因舒長甚緩。且不痛。亦不發炎。故可辨其非牙座瘅。設仍有所疑。可以刺術探察之。腭生鱗胅疽者甚罕見。若疙及鱗胅疽二症。僅累及腭盤。只割去本側頄骨一部足矣。

腭垂過長 常因慢性喉炎所致。始初雖用歛藥可瘉。但日後仍漸成慢性症。甚激惹舌之後部及喉門。遂致常嗽不已。或惡心嘔吐。至此光景。莫若割去腭垂。先以可卡印痲其腭垂。以鈎鑷鈎住洇膜。及其下之肌絲。隨用鈍尖剪剪去。只留一寸三分之一長。

腭扁桃症 AFFECTIONS OF THE TONSILS

急性腭扁桃炎 Acute tonsillitis 此由傷風或吸濁氣而得。然吸陰溝之穢氣亦能起是患。急性如馬特症之初起。有時致扁桃炎。此患可分三類論之。

（甲）急表面性扁桃炎。　此患不重。多因傷風致喉及腭簾發炎。但扁桃不甚腫大。只畧發紅。覺痛。難嚥。服平常之解卡他耳炎藥。及用鉀氯强礬漱喉。即可痊癒。

（乙）急窩性扁桃炎。　其特狀乃全扁桃腫大。有時腫至二扁桃相挨於中線。呼吸嚥物皆難。甚痛。其色紫紅。窩內多有黃色之滲出質。或散於扁桃之面成斑。或結成一層膜。與白喉膜畧似。病者溫度升高。頜角下淋巴腺腫大。捫之則痛或生膿。舌苔厚白。大便祕結。此由鍊點稜所致。有時致成血染稜症。

圖四十百三第

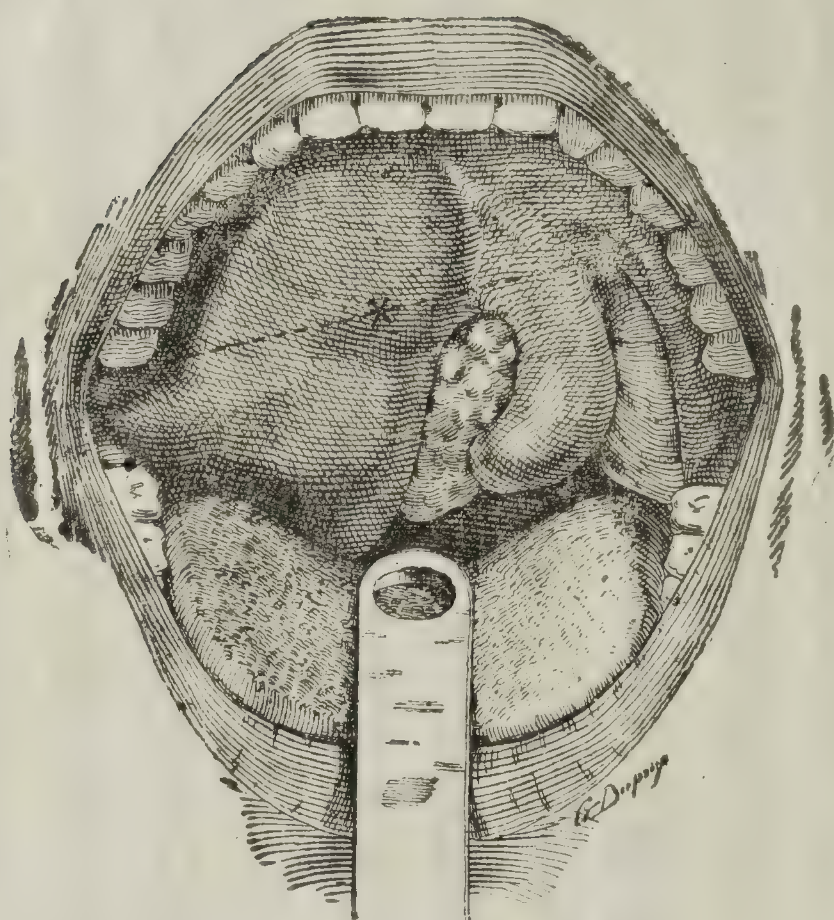


Fig. 314 DIAGRAM TO INDICATE THE SITUATION TO OPEN A PERITONSILLAR ABSCESS—VIZ. ON A LINE DRAWN FROM THE BASE OF THE UVULA TO THE LAST MOLAR TOOTH BUT NEARER THE UVULA

此圖表明開喉扁桃圍瘇之法由腭垂底至末大牙之綫畧近腭垂是也

（丙）急膿性扁桃炎。　此乃扁桃急性炎。四周及其內皆生膿。（扁桃圍瘇）兩側同受其累。但其膿只生於一側。設兩側皆生膿。必一側較先受患。生膿之時期。約由三至七日。患處甚爲腫大。致呼吸咽物皆難。溫度升高。疼痛甚劇。且頸淋巴腺亦腫。有時嗓口痳腫。其他病狀。與窩性扁桃炎同。遲早瘇必自破。病者則稍覺暢快。

診斷　與紅熱症之區別。卽無特疹。舌亦不紅。喙色較紫。且有定界。亦與喉門痳症有異。因其紅不甚延散。其𤺌腫亦不似痳症之顯而無定界。頜角之淋巴腺亦不甚腫。且皮面亦無痳症之紅暈。若欲辨其是否白喉症。則以物擦之。非係白喉。膜則易脫。係白喉。膜則緊粘其皮下之胴。若用培養法驗之。非係白喉症則無白喉桿稈。見百十頁

治法　始用加路米爲瀉劑。後服鈉柳礬二十厘。Sod. Salicylas 1.3 gm 每日三次。或服鉀氯强礬。鎂硫强礬。倘全身之病狀甚重。可加烏頭酒數滴。其止痛法。乃用熱水少許。一百五十度 65° C. 加幾阿蘇或卡波利酸少許使病者吸之。又法、卽劃破扁桃。若已生膿。宜割大口。其入刀之點。乃由腭垂底至末大牙之平線。稍近於平線之內端處割之。第三百十四圖× 用熱濕布敷於頸。病者多用流體食物。且宜服鐵及辛可拏等補藥。因此症最易復發。故於瘉後將扁桃割去庶爲有益。

慢性腭扁桃炎　可分二類論之。

(甲)慢炎性扁桃炎。　常見小兒僅止一次患急性扁桃炎。後則扁桃仍大。痛而盈血。且易復發。或致生膿而潰爛。日久扁桃縮小。消瘦成筋胴而變硬。

(乙)慢過長性扁桃炎。　多見於虛弱易患瘰之小兒。且兼患喉鼻部淋巴疣。其腭扁桃大而硬。色淡而窩口甚顯。窩口內有泗塞之。其泗內每被錯礬侵入而成石。然石不大。有時扁桃長甚大。左右二扁桃貼近於腭垂下之中線。致嚥食呼吸皆難。有時扁桃被喉門前柱所遮。但在頸處捫之。則知

其扁桃增大。病者因喉鼻部被阻。故常張口呼吸。言語不清。口似含物。寢睡時則鼻鼾。且因該處之洄膜發炎而變厚。亦畧有礙於聽功。此等患最易復發。其生膿與否無定。

治法 始宜移病者於海濱城外。吸清空氣。並服鐵及魚肝油等藥。俾病者康健。每日二次以炭匿酸甘油 Glycerin Ac. Tannic. 刷喉。或用鐵氯强鹽酒。Tr. Ferri Perchlor., Glycerin. aa 及甘油各半刷之。

如上諸法無效。宜用割取腭扁桃術。

腭扁桃割取術有三。列之於下。

(甲)用斬扁桃刀。Guillotine 先以百分之五可卡印水刷喉門數次。後將斬刀伸入口內。套於扁桃之凸處。以指畧壓頷角。將扁桃擠出套外。醫者以拇指壓刀柄。扁桃之凸處立卽斬下。斬喉右扁桃。若非兩手俱巧之外科士。則莫若立於病者之頭後。視其口內而斬之。

(乙)用小刀。 先以鈎鑷夾其扁桃下部。拉之向內。或用鈍頭之直小刀。刀刃之下部以膏條裹之。由下向上割去扁桃之凸處。割時刀刃勿入過深。恐傷頸內動脈。因此脈貼近扁桃之深面。扁桃之下部素乃墜入喉內。必須全行割去。但此法近少用之。

(丙)剜術。Enucleation 小兒扁桃過長者。可割斷扁桃前之洄膜。將之剜去。後再將所遺之洄膜剪去。 無論用何術治之。血必湧流。若所割不甚深。又未多傷隣近之洄膜。血則速止。若血流不止。可以氷水灑病者之臉。或用凉硼酸溶液。或腎上腺精溶液(阿令阿林)浸棉敷於割處。有時可見流

血之血管而以線縛之。若血仍流不止。可將喉門前後二柱暫縫於紗布球上。經二十四小時之久。但多流血者。惟成人較多於小兒。

扁桃癰症　無論在癰症何期。喉扁桃俱能受累。亦間有癰初瘡累及扁桃者。致頸淋巴腺增大。病勢甚重。癰第二期瘍。此常生於二側。形似蝸牛之涎跡。　第三期扁桃受汎佈之癰瘤性侵入。腭及喉門亦受累。致喉收窄。

扁桃瘤　此不常見。若有之則多係惡性者。如鱗胅疽。此係硬胭速延至隣處。而累及淋巴腺。多起於舌根或喉門柱。形似潰爛之瘍。邊硬底似疥塊。有其初不自覺者。因此直至淋巴腺增大始知。若不療治則速致人死。　淋巴性疕多起扁桃內。形滑而色紫紅。有泗膜緊裹之。捫之覺軟。幾有涙動。初起易於活動。爲日不久。侵入隣胭。累及隣近之淋巴腺。　圓胅疕。此亦生於扁桃內。較淋巴疕尤無定限。　此數種瘤。皆能延至喉。而阻碍嚥食及呼吸。後則潰爛。或甚流血。病者多因流血而死。

扁桃惡瘤割取術　因患處較大。且早累及隣胭。故有時不能盡行割去。惟有二法或可期其有效。一由口內。一由頸外。

(甲)由口內治法。　若係能活動且有包膜鬆裹之筋疕。可由口內治之。先以電烙開其包膜。隨即將瘤剜出。有時爲之甚易。且血流無多。但去後恐隣淋巴腺有復生惡瘤之患。

(乙)由頸外治法。　只有此法以治疽瘤。因病者求醫時患勢已廣延也。故少有用之者。其法循胣

髑顳肌前廉割一口。小心解剖。直抵喉壁。解剖時如遇長大及疑係有病之淋巴腺。隨時割去。並縛頸外動脈或其諸前枝。後使瘤離開隣腡而去之。有時必由口角起向後至頰割一口。或去頷骨少許。但如此大割。當理與否。誠屬一疑問。因立時致死者甚多。而復發者亦不少。患此症者。多宜用姑息療法。如胃剖術以助其食物。或氣管剖術以助其呼吸等。

喉症 AFFECTIONS OF THE PHARYNX

急性喉炎又名**急性咽炎** Acute follicular pharyngitis　此炎多與腭簾、鼻洇膜、腭扁桃等炎同時而發。約因受寒或吸陰溝之濁氣。或發疹熱症等而致。其特狀。即洇膜發紅。腫痛且有洇。或有洇濃遮之。乾嗽不止。或發鼾。鼻呼吸則難。嚥食甚痛。若炎延至耳喉管。人則暫聾。而腭簾及喉門柱亦間或潰爛。　治法。　當調理全身。若由疹熱症或洇炎而致者。可用退炎藥(如瀉藥發汗藥利小便等藥)理之。且於患處用減狀藥。(如含冰於口或以鍬氯强礬液漱口)並以一百五十度汽水。(六十五)加安息香雜酒少許使病人吸之。則覺安舒。

慢性喉炎　於傳道及宣講者、或叫賣之小貿易常有此患。因用嗓過甚也。嗜酒及吸煙者亦常有之。有初起即爲慢性者。亦有始爲急性漸變爲慢性者。洇膜受侵而色紅。且見血管浮於其面。並有洇膿蓋之。設腭簾之口面被累。則滲出質無多。喉面被累則多。且有深綠色之稠物積於此處。致粘貼喉壁。後則成痂而腐臭。　慢性喉炎可分二種。

(甲)慢性脬喉炎。Chronic follicular pharyngitis 即佈於涠膜面之淋巴脬增大。甚顯於腭簾及喉上部之二側。即喉扁桃 Pharyngeal tonsil 其腭垂或長而且大。

(乙)慢枯性喉炎。Chronic atrophic pharyngitis 此常與枯類乾性鼻涠炎同起。或亦有與慢性嗓炎同起者。涠膜枯而滑似玻璃。所滲出之物成痂。而貼於涠膜。嗓覺乾。亦易激惹。聲音嗄然。

治法 慢性炎之治法。視其病原而異。設由鼻而起。療其喉。鼻則自癒。若係順性炎。則宜戒一切激惹。如吸煙飲酒及香料調和等物。並調理大小便。令其通利。又以斂藥用噴霧具噴之。或以之漱喉。或用藥抹之。最佳者即炭匿酸甘油。Glycerin. Ac. Tannic. 鐵氯強鹽酒及甘油各半。或吸錏氯鹽烟。Ammonium Chloride inhalation 以薄荷氷 Menthol dissolved in liquid paraffin 溶於流煤油蠟內。以噴霧具噴之。若係淋巴脬類。可先敷可卡印。後以電線烙其脬。若血管漲大而曲。亦用電線烙斷。

喉癯症 此惟癯之第二或三期顯之於喉。顯於第二期者。則生涠疣。或形如蝸跡之瘍。顯於第三期者。則有汎佈癯瘤性之受侵。此患之初起。及其終局。皆有重要之關係。能使涠膜生疣而變厚。喉門及腭簾亦速潰爛。或使人呼吸嚥食皆難。設用薩伐散或服銾藥。及鋏氯鹽。則速見效。但所成之瘢痕使腭簾縮緊。喉壁收窄。只餘小孔僅容小探條穿過。治時可用探條撐大。隨小心割斷瘢痕之數筋絲。於是腭簾即與舌相離。後仍用探條撐之。但後復易縮小。故宜恒心常撐以探條。 間有涠膜下腡生癯瘤累及喉壁者。但不潰爛而癒。

喉瘤、初起於喉者甚鮮。多由隣處延及。如顱底所起之喉鼻部癌。或於脊所生之瘤是也。鱗牀疽 有初起於喉者。亦有他處延來者。如舌及扁桃等處。此患初起卽潰爛。淋巴腺亦受累。雖暫時僅累及洒膜之淺處。卒之漸侵入隣腑。而人卽死。因大血管被潰爛而破。或阻人嚥食及呼吸。或壓緊要之腦經。或子瘤延散全身等故。

治法。 昔無治法。近來始試以術治之。然死數較多。若須割取頰骨或頷骨一塊。則死者更多。在施手術之先。須潔淨病者之牙齒口內。與割取喉鼻部瘤時相同。其法約於肐髃顳肌前廉割一口。亦有復增一口者。卽由口角至頷角割斷頰。隨縛妥頸外動脈。並割取諸淋巴腺。後方去其瘤。施治之前。莫若先用總氣管剖術。治畢數日。用胃筒以進其飲食。有豎剖骷骨用喉剖術治之者。見三十二章

喉後瘇 Retro-pharyngeal abscess 分急性慢性二種。急性者由洒膜受染而致。如被魚莿所扎。或因本處淋巴腺發炎等。此淋巴腺在小兒時卽有年長則消瘦受納鼻及喉鼻部之淋巴 其膿居於喉壁及脊前筋膜之間。慢性者。素因脊瘰症或顱底骨症而起。 凡瘇無論急性或慢性。皆居於喉後壁。俱係有彈力性之實瘤。急性瘇。病者熱度高。患處發紅而痳腫。其腫或延至嗓口。令人氣促。慢性瘇。患處不甚發紅。但有項脊骨症之病狀。其瘇或於喉門穿破。或由兩旁循脊前筋膜。串至肐髃顳肌前或後穿頭。

治法 當急治之。恐嗓口痳腫。若係慢性瘇。最佳者則在頸外割開。因可免其以後染穢。且免其膿溢入氣管。若於肐髃顳肌前有穿頭之勢。卽於此處割開。若未穿頭。則將肐髃顳肌扯向前。在後

廉割一口。俾項脊橫峰顯出。若割開時而不見膿。似膿猶積於內。則用扁鑷於脊前刺入瘻內。再以左手食指伸入口內按瘻之壁。以防鑷尖透過。繼置引流管。俾其膿流出。再以敷料敷之。庶免稍侵入。可獲痊瘉。　若係急性瘻大半由口內開之亦無妨害。宜令小兒仰卧。甚下垂其頭。用撐口具撐張其口。將刀以布半裹之。割開咽膜。刺入瘻極凸之處。畢即細心擦淨。以免染肺之險。

食管症 AFFECTIONS OF THE ESOPHAGUS

食管(咽)由喉下段起至胃賁門止。約長十寸。其上端與喉環肦相對。下瑞與肫尾相對。由門牙至胃約長十六寸。此食管非適居於身之中綫。乃經過後膻畧偏於左。心包居於其前。胸膜居於左右。其最狹之處有三。(一)上段(二)中段經左氣管處。距門牙十二寸。(三)賁門。顱臟腑腦經與該管相依。

查驗法　此法有三(一)用咽探查其有無窄處。及窄處之何在。用法之先。須以X光線或聽脊左彎處。查其總動脈未有血囊方可。欲入咽探時。外科士立於病者之前。畧偏向右。病者坐於椅上。將頭畧向前伸。若頭向後仰。則喉被壓於項脊。而咽探難入矣。最佳之咽探。宜圓尖者。溫之而抹以甘油、或奶油。作適宜之彎式。外科士用左手食指引過舌根及喉口。以入食管。是時病者約必作惡欲嘔。但一過喉。則探即可一直送至窄處。若無窄處。則送至胃。即距門牙十六寸之處。昔只有此法查驗食管之下端。既用此法。復兼用聽脊彎法。其食管如何。約即可知也。但不甚準確耳。

(二)自用咽鏡 Esophagoscope 查視食管以來。食管之療法更有進步。其鏡與幾利安氏 Killan 查氣管鏡相似。(見三十三章) 用法亦同。未用此鏡之先。須注射莫非及阿刀便少許。以減少其感覺及口中之涎液。隨以可卡印麻其口及喉。遂令病者仰臥或坐。

輕輕將腫鏡插入。如此則胃內有何外物或瘤或窄處。均可見之。既經視淸。卽可施治。

(三)X光線。以X光線查視食管。甚爲有益。因此法凡有金類之外物者。皆可視淸。但宜先服鋇藥。後用X光線。則食管有無窄處及其窄上處撐至何度皆可查定。

畸形　分先天後天二種。

先天　有時食管與氣管有相通之一小瘺。或食管上段成盲端。下段入總氣管近其分歧處。有此畸形之嬰兒。不能生活。數日必死。亦間有於近賁門處先天狹窄。致全食管俱形脹大者。

後天　卽食管生枝囊。此囊分二類。(甲)因受壓而成之枝囊 Pressure diverticulum　此類較多於乙類。蓋食管壁有處甚弱。故漸凸起成囊。其弱處約與胚頸鰓裂有關。囊之大小不定。有大如小兒之頭者。三十歲以內者少見。每起於食管之後壁。近喉與食管之交界處。下行至食管及脊骨之間。病狀。所食之物塞滿囊內。停滯腐臭。致囊凸起於頸。若壓之。食物卽下行而空。患者常不得食物之滋養。故漸消瘦。若用腫探探之。則易歧入囊內。而阻探下行。但若小心探之。可循食管之正壁。下行至胃。治法。於頸外在胣髃顳肌前橫割一口。俾囊露出而割之。隨卽縫閉食管壁之割口。則可望其痊癒矣。

(乙)因牽引而成之枝囊 Traction diverticulum　此類較少於壓囊。多起於食管前壁。近總氣管分歧之處。約因鄰膶有病成瘢。致牽食管壁外凸。(如氣管淋巴腺發炎後縮小等)此囊不甚大。亦有成爲多囊者。素不顯

病狀。若有異物進入。或潰爛穿孔。致起膿性臚炎。而人卽死。未死之前。此症除用腫鏡查視外。無法診察。

異物　異物常存於食管內。惟小兒及癲狂者多患之。所存之異物多係食塊、錢、魚莿、針、假牙、棗核、等。病者自言其食管內覺有物。並覺痛且脹。嚥食亦痛。或不能嚥。呼吸有阻碍。倘係大物緊塞食管口。則氣促而速死。若物不甚大。雖不致人速死。但不醫治。喉口或至痰腫。而物塞之處則潰爛穿孔。亦致人死。盖因大血管破裂。而血多流。或因起膿性連胸炎之故。若係金類異物。可以X光線照之。用具試行取出。或用腫鏡查視而取之。

治法　視外物之大小而異。若係小外物。用探條未能查出者。（如魚莿）宜用馬尾毛腫探取之。（第三百十五圖）幣屬或小硬物塞緊者。可以腫鉗或取錢腫鈎取之。不易曳之向上者。亦可推之入胃。設係大塊食物塞於食管上段。可以腫鉗取之。假牙或他大異物。亦宜用鉗。然須小心勿傷洄膜。　若異物塞食管上段。以鉗取之無效者。宜以食管剖術治之。乃在胣髃顳肌前廉割一四寸長之口。盖食管偏左。故於頸左側治之尤易。外科士宜小心將頸血管鞘及總氣管剖離。宜避脾血管

第三百十五圖



Fig. 315 EXPANDING PROBANG FOR THE REMOVAL OF FOREIGN BODIES FROM THE ESOPHAGUS

外物管之出食以取腫探尾毛之馬展開

A 入時之形
B 展開時之形

膈經。既查出異物之位。則小心割食管壁而取之。後將食管刀口縫妥。勿使縫線穿過洄膜。頸之刀口以紗布塞之。或置引流管。　若異物塞於食管胸部之上段。亦由頸割口。愈低愈妙。割時先由口用探條指明血管方位。且免刀尖透過而傷彼側之壁。異物或可由此割口取出。　若異物塞於胸部。用上法無效者。有人謂可由背後去肋骨頸一或二。經過胸後膣至食管而開之。但尚未有人如此施治。　若異物塞於近胃賁門處。倘不能移之上下。宜割開胃。以手指展開賁門而取之。

凡有異物於胃內者。勿服瀉藥吐藥。若其物不甚大。形亦不甚參差。置之可也。患者宜安靜。飼以柔輭食物。如饅首、麥粥等。且以X光線詳查其物如何下行。若該物停而不動。致顯發炎。宜用腹剖術取之。

食管炎　此患有潰瘍性非潰瘍性之分。約因吞嚥潰藥、或惹藥、或因異物塞於其內所致。該處覺痛。且不易嚥食。宜使患者只食流體質食物。炎重者。以肛飼法飼之。有時食管患慢性卡他耳。隨或成瘢而縮窄。此因常飲濃酒所致。

靜脈痮曲　此患每起於食管下部。因滙靜脈(門靜脈)被壓或變硬之故。蓋食管下部之靜脈。由胃靜脈系統入滙靜脈系統。故滙靜脈系統有病。則連累食管下部之靜脈。食管靜脈痮破時。人則嘔血。每致於死。

食管痙攣(又名癔性狹窄)　多在二十五歲以下腦力不穩之少婦患之。素於洄膜生瘍。或洄膜

生瘍或洇膜有擦破處。然胸無傷者亦能患之。病者嚥食艱難。猶如嗓內有球上行。此名爲癔球。Globus hystericus 盖因喉嚥肌痙攣之故。設令病者不注意其患則嚥食亦如常人。治法。以平腦藥醫之可也。如冷水灌脊揉揑服瀉劑甘松等藥或用最大之腫探探之。亦甚有效。

食管狹窄 Esophageal stricture

此患分二類。一名筋性狹窄。一名惡性狹窄。

(一)筋性狹窄　常居於食管上部。適列嗓環肕後。多因嚥潰藥。致食管成瘢收窄。亦有因患癰症之故者。雖多在食管上部。然間亦於賁門患之。盖因胃瘍癒後成瘢而縮小也。病狀。始則難嚥固體食物。漸則流體亦難咽下。若食管上部收窄。嚥時立卽返回。若下部收窄。或食管痕大成囊。所嚥食物蓄積囊內。待數時卽返回。亦未消化。此類筋性狹窄。幾不覺痛。患者能自指其窄處之方位。因其常欠飲食之滋養。故日漸消瘦。或因之致命。



圖六十百三第

Fig. 316 CANCEROUS GROWTH OF THE ESOPHAGUS

食管疽

(二)惡性狹窄　常屬鱗脒疽類。四十歲以上者患之。位在喉與食管之交界處。即嗓環肕後。第三百十六圖或於食管中段。卽左氣管所經之處。或於胃賁門處。在賁門者乃柱脒疽。常累及食管之全

壁。遲早潰爛穿入總氣管。或胸膜或大血管。頸及膻之淋巴腺而生子瘤。惟內臟少見受累。 病狀與筋性狹窄相同。然所嘔者或帶血。且咳嗽疼痛亦不輕。其痛約在患處。若疽在食管上段。於頸之深處可以捫出。在頸左側尤顯。但在初起則不易捫之。只稍有碍於嗓之活動耳。潰爛穿入總氣管者。食物則入氣管內。卽速生膿性肺炎。以致人死。且患在食管上段者。或累及嗓之後部。致人嗓啞或失音。間或顱臟腑腦經受累。致碍心功。若嗓回腦經受累。則咳嗽不止。致成一側性或二側性嗓癱。 診斷 用鉛餐及X光線查法。或用探條探之皆可。查定狹窄處。用探條宜小心。設疑此患係惡性者。當格外留意。因一疎忽。恐穿食管壁。致膻內生致命之連胭炎。探惡性狹窄時。患處覺澁。病者亦覺痛。探純性狹窄。則覺滑而平。並不覺痛。然此二者僅用探條辨認之甚爲不易。故宜兼詳察其病歷。及病者全身之情形。若病者乾咳。而肺無病狀。乃不佳之預兆也。

筋性狹窄治法 (甲)用大小探條漸次擴張其窄。所用之探。圓錐頭者。較佳於鈍頭者。同時兼用腫鏡更佳。宜隔數日用一次。其時亦宜使之多食肉湯、碎肉、生鷄卵等。若口不能食。可用肛飼法。(乙)無法擴張其窄。或張後復窄者。當用細庫秋管藉腫鏡送至窄處。存留數日。庫秋管繫以線。由口露出。如此則易進飲食。其窄處或自展開矣。 (丙)若窄處在食管上段。可用食管內剖術。其窄處藉腫鏡將之割開。隨用探條展之。或可奏效。 (丁)若窄處在賁門。可用胃剖術。由胃以指擴張其窄處。 (戊)設以上諸術無效。每割開胃以線鋸 String saw 開其窄處。其法如下。以鉛沙一粒啣

線之一端。使病者將線吞下墜入胃內。剖胃將線牽出。於其端繫一較粗之線。藉之牽過窄處。遂將粗線上下拉之。似鋸木然。鋸後則能下腫探。有醫者用此法。頗見成效。　(己)若上法不能用。可用胃成口術。(胃瘻造術) Gastrostomy　既用此術。則令食管安息數日。其狹窄處或可畧鬆。而能容腫探擴張之。若已能下探。則所剖之口可聽其自閉。

惡性狹窄治法　平常不宜用腫探擴張之。恐潰瘍增重、或甚流血、或探條穿透食管壁等。有時可謹慎用腫探。使患者多進飲食。增其健壯。則患者能忍受割治。惡性狹窄亦可用軟管入食管而繫留之。患者易於忍受。即狹窄處雖在賁門。管伸入胃內亦能忍之。近來有用銳藥治之者。但無甚大效。雖原患見瘉。然遲早必生子瘤而死。故不免仍用胃成口術。

嚥下困難 Dysphagia　其意謂人嚥物時甚痛或不易下也。原因甚多。畧述於下。

(一)喉病致者。　如急性或慢性炎。無論係順性或紅熱症、白喉症等所致者。或癨性或惡性潰瘍。或癧性狹窄。唇舌嗓癱。喉痙攣。異物塞住。喉鼻部癌伸出腭簾後。喉後瘴或瘤等所致者。

(二)嗓病致者。　如急性或慢性嗓炎。或惡性瘰癧等症。

(三)食管病致者。　如急性或慢性食管炎。異物塞住。食管枝囊。食管痙攣。純性或惡性狹窄等。

(四)食管外病致者。　左頸者。如癭、淋巴腺、大動脈囊等。在胸者。如膻瘤、膻淋巴腺、大總動脈或大動脈囊、脊瘤、心包滲液、髑骨內端之位移向後等。

嚥難診察法　(一)察致症之始。最要者在知其係急性或慢性。急性者多係異物。　(二)察喉之情形。由口望之。更以指捫之。

(三)由外視頸之情形。望之捫之。或瘤或癭或動脈囊。俱可捫出。 (四)聽病者之聲音。卽知其嗓被累否。若音啞。宜用驗嗓鏡察之。 (五)細心察胸。視有動脈囊等否。 (六)用腫探診察。若於其食管有阻。覩其年齡及情形。卽可知其是否惡性。然須知食管狹窄。能自使人有消瘦之弊。 用腫探時。其探微帶血。或帶所吐之物。亦有畧帶臭洒。或頸淋巴腺大者。凡此皆足爲診察惡症之資助。

第三十一章　耳症

AFFECTIONS OF THE EAR

查耳法　此法有三。(一)以返光鏡由窺耳筒射光入耳內。而查耳鼓膜曾否有病。(二)試其聽功如何。(三)查其耳喉管(耳咽管)通否。且用耳喉管吹脹術。試其聽功有異否。

(一)鏡查法　以中四兩指提外耳向上後外。(右耳用左手左耳則用右手)如此則耳外管(外耳道)朋段易直。隨用食拇二指將窺耳筒輕輕插入耳管。使之穩妥。光旣射入則鼓膜卽顯明。但有耵聹或膚碎及膿等塞之。則不易視淸。宜先用綿擦之。或用水洗之方可。按常人之鼓膜。槌骨(椎骨)短峯(外側突)及其柄。由膜中央起向上前。在其後有砧骨長峰。(長脚)及鐙骨朋。在鼓膜之上廉有鬆弛部。Pars flaccida　所當注意者。乃鼓膜之顫動及形色果否正當。有時其膜有穿破處。或有瘜或粘着等患。

(二)試其聽功如何　用平常之語聲。試其所聽之遠近。或以時表聲試其所聽之遠近。或以聶聲試其能聽與否。　宜查其聾之原因及其方位。可用壬內氏音叉 Rinne's tuning fork　查視之。乃以五百至一千二百顫度之音叉。置於病者之顳凸。直至不能聽聞時。隨卽移至外耳。若中耳無病。此時必猶能聽聞。有病則否。亦可用衞孛氏試法。Weber's test　乃以一顫動之音叉。置於額之中央。若只中耳有病。則有病之耳所聽之聲必較大無於病之耳。

(三)吹脹耳鼓穴又名**脹鼓室** Inflation of tympanic cavity　此法可查耳喉管之通否。亦有療治耳之用。其法有三。

(甲)自吹脹耳皷又名**王之薩王之氏法** Valsalva's method　此術乃閉口揑鼻盡力出氣。若耳喉管通氣則入耳喉管內。而皷穴卽脹矣。

(乙)吹耳喉管法又名**坡力惻氏法** Politzer's method　此術乃以庫秋囊。其嘴似乳頭。塞入一鼻孔內閉嚴。外科士將

第三百十七圖

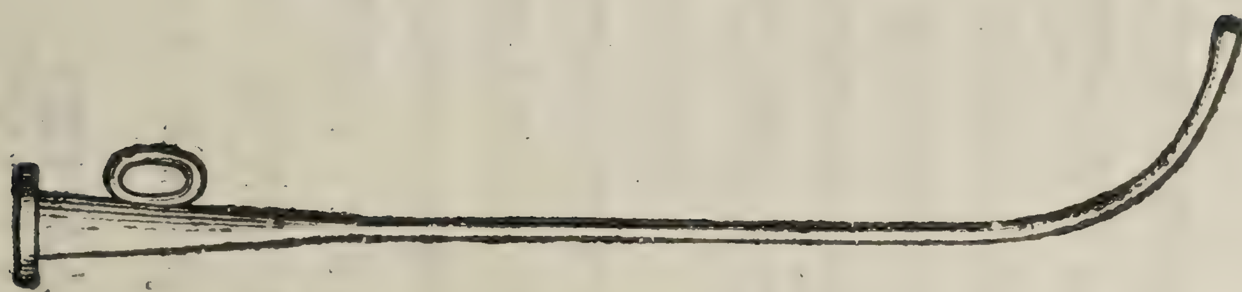


Fig. 317 EUSTACHIAN CATHETER

耳喉管筒

彼側鼻前孔揑住。不令通氣。病者口內含水。外科士令嚥則嚥。嚥時醫士力擠庫秋囊。使氣通耳喉管而入皷穴。施術時亦可以庫秋管作聽診器。由病者之耳至醫者之耳。聽其有嘯聲。或水泡聲。或他聲。卽知其病矣。

(丙)耳喉管筒 Eustachian catheter 第三百十七圖 將筒插入耳喉管內。醫士卽能司準吹脹之度。但須使筒無穢。其頭彎向下。循鼻下竅至喉後壁。探準喉鼻段後壁。再將前端稍提向上。又拉向前。約半寸至四分之三寸。待能探其彎適合於腭盤後廉。卽將筒上圜轉四分之一。俟筒頭直向外。稍推之。卽覺其滑入耳喉管內矣。

外耳症 Diseases of external ear

此章惟論緊要之耳症。閱者欲知其詳。莫妙於另購專門耳症之書。

先天無耳翼。卽先天性無耳郭。Congenital absence of auricle 此患耳外管或亦堵塞。常與巨口之畸形兼有。此患無法醫之。外科士萬勿欲試行剜露深隱之皷膜。　副耳郭。此係常見者。乃爲一塊筋肕及脂胭。外有皮蓋之。　耳郭大。此形甚陋。治之。由耳郭上部割去一V形塊。使之畧小。將二廉恰對縫之。則雅觀矣。　瘀腫。Hæmatoma auris 此患多因受傷而起。亦有自起者。因患癲而自起者更多。耳郭腫大。其色紅藍。第三百十八圖 若不刺放其血。恐此血成筋胭縮小。致耳甚顯畸形。

第三百十八圖



Fig. 318 HAEMATOMA AURIS

耳郭瘀腫

癲癤及他炎症。此亦常見於外耳及耳郭。於此無庸詳述。

耵聹結塊。此係耵聹變黑且硬。塞住耳外管。致人耳聾也。每有在沐浴時立即耳聾者。盖因耵聹濕而漲大也。若耵聹壓於鼓膜。人則頭暈、嘔吐、耳內覺有急流之水聲。以耳鏡器窺之則易視出。 治法。始用油或甘油浸之使軟。後則以細頭大水節循耳外管項注射溫水。水廻流時。則變軟之耵聹即隨水流出。 耳外管異物。如鈕扣。玻璃珠等。可用水節冲出。若不能冲出。則用細鑷取之。但須記居異物後有易傷之膶。切勿急遽苟且爲之。若諸法無效。可提耳向前。由後割耳外管以取之。 骨瘤由耳外管骨壁起者。必塞耳外管。致人耳聾。可用牙科鑽去之。

中耳症 AFFECTIONS OF THE MIDDLE EAR

耳鼓膜破傷 有因直接傷者。有因間接傷者。所謂直接傷者。有由異物進入。或被人重手挖取異物而破損也。間接傷者。乃因驟然擠壓耳外管之氣。致鼓膜破裂也。如以掌擊耳。或突然轟聲。或銃炮之炸聲。及倒躍入水等。其顱中凹之骨折。鼓膜亦受累而破。病者覺痛而聾。並由耳外管流血

少許。若用吹耳喉管術。或耳鼓吹脹術。其氣可由破處而出。或有嘯音。　此類破傷大都能望其傷處成瘢痕而癒。其聽功亦無異於前。但醫者不必先言其必能痊癒。恐猶有未顯之深傷也。治時、宜格外留心。使耳外管無穢。然勿用水節冲之。可用百分之五之卡波利水注於耳孔。俾其自入。如此則可免耳鼓穴(鼓室)被染膿穢。於是以無穢紗布塞耳外管。外用敷料覆之。

中耳炎 Otitis media　此患最多見之。較他耳症十居八九。　當知耳鼓內有洇膜罩之。此洇膜由耳喉管與鼻喉洇膜相接續。且粘於鼓穴之骨衣。故患此炎者。其炎約多由耳喉管所來。素因肺炎點穢。或平常之膿點穢所致。有卡他耳性、膿性、急性、慢性之分。於此不得悉述。惟略論關乎外科之至要者。

(一)急性中耳炎　此患多見於小兒。係繼鼻喉症而起。如平常受寒。或喉鼻部淋巴疣。及紅熱症。麻疹症等。　始則耳內甚痛。其痛不止。有如鑽鑽。又覺微聾。或身發熱。若積液。痛更增重。設耳喉管洇膜發炎盈血。阻其通氣。其泌液必壓鼓膜外凸。後則破裂。痛亦立止。流出者乃洇液。或由起初卽係膿。若所流者係洇液。而未受穢染。炎則自消。所破之孔亦漸閉。癒後亦無妨碍。然常因小兒生麻疹症。或他故。令其敵穢力不足。故後易染膿穢。致中耳洇性炎變爲膿性炎。或日久致成慢性炎。此類炎有時甚劇。或致無救。

治法　觀上所論。則知自須留心治其中耳急性炎矣。首要者卽完全潔淨耳外管。以免受染。用

胰皂及熱水將外耳洗淨。再用二十分之一之卡波利酸水。灌滿耳外管以浸洗之。待數分鐘。則敷以敵稜敷料。須令小兒居於煖室中。飼以合宜食物。服發表藥及瀉劑。若病不重。可於耳後貼起皰藥。重者可用水蛭吮之。痛甚者可用可卡印或鴉片酒數滴。滴入耳外管內。若係成人。則以可卡印敷於耳喉管之內端。俾盈血之洄膜塌下。管則通氣。則所積蓄之物自能流出。亦可用乾熱法。如熱水瓶手爐等。以止其痛。若已用窺耳器視鼓膜業向外凸。莫若割一口。因割之口齊。易於長痊。自破之孔則不然。施術時須用痲木藥。或以迷蒙藥迷蒙之。其割口由鎚骨柄畧偏後上。向下後行。割後將耳外管內外用防稜敷料敷之。

(二)**慢性耳漏** Chronic otorrhea　此卽耳外管久流膿也。多係急性中耳炎而致。蓋急性炎初起卽係膿性。或始爲純性卡他耳炎。後則染稜成膿。鼓膜被膿穿破。所流出之物。其形狀及其多少人各有異。未起加雜症者。治法如下。(一)使病者康健。如服補藥。吸鄉間鮮潔空氣。及防其受寒等。(二)留心理其喉鼻部之症。令耳喉管內端透氣。俾液易於流出。並用漱喉藥類。若喉鼻部有淋巴疣。及腭扁桃大。則割去之。(三)勿使中耳積液。恐其腐臭。若存液多。可用水節以鹽液。或淡硼酸液冲之。繼則每日一次或二次。用丕薩丕氏法、坡力慟氏囊、或耳喉管筒脹鼓穴。若其液難以冲出。可用氫二氧二有效。設流液無多。勿用水節冲之。惟塞硼强酸散於耳外管內卽可。若耳漏之液長流不止。多因以下所論加雜症之故。則須用手術治之。

慢性耳瘺之加雜病　此病有時甚重。須急醫治。可分三種論之。卽顱外、顱、顱內是也。

(一)顱外加雜病　較他種不爲緊要。(甲)耳外管癩 Eczema　此係常見之患。宜使耳外管乾且潔淨。或吹硼强酸藥散。流液可止。則癩亦速瘉。然常因癩致頸淋巴腺大。亦或生膿。或致成瘰性。(乙)耳外管癤 Boils　多因流液內含有黏稜染耳外管脂腺之故。因所累該處之胭甚密。故極痛。可敷熱濕布。若生膿宜割開放之。(丙)每有耳外管炎。延至顳骨鼓扁。使骨衣下生瘴。以致骨死。或延至顳頜關節。致成膿性關節炎。則關節變壞。二十八章顳頜關節症

(二)顱之加雜症　此患甚重。或致終身耳聾。或有性命之憂。

(甲)鼓中骨又名聽骨。此骨有時死而隨流液流出。致聽功不靈。但未全聾。亦有累及骨關節强直。致失其功用者。

(乙)炎由鼓洄膜起。延累繞鼓之骨壁。致一塊顳骨癬或死。其顱內亦或生膿。或起以下所論顱內之加雜症。鼓穴之頂蓋甚薄。且易受累。若用探針由耳外孔探知其骨已癬。則宜試其能取出否。如不能取出。則宜用弱防稜藥灌洗。以潔淨耳鼓。並常用坡力惻氏囊。以免流液積於鼓內。

(丙)瘜。Polypi　有時由鼓膜破口內凸出肉芽胭長而成瘜。致耳外管被塞。以阻流液流出。宜用刮匙將瘜刮去。隨用鏹强酸之飽和溶液擦其底。後以淡卡波利酸水灌洗之。外敷防稜敷料。

(丁)面癱。Facial paralysis　多因繞面腦經管之骨胭變硬長厚。致管內面腦經被壓。須記面腦經管列

於鼓後。在鼓通顳凸穴處之內側。其病狀及其治法。見第二百九十六頁。

(戊)內耳炎。 此炎多係外染而致。乃由外玦管(外半規管)壁經過。或由橢窗(前庭窗)或圓窗(蝸窗)進入。若由玦管入者。則內耳之後部受累。若由窗入者。則耳螺受累。若玦管受累。病者則覺眩暈。欲向患側傾倒。亦有眼轆嘔吐之狀。若係較急性者。則兼顯疼痛燒熱之狀。耳螺受累。約爲後起之患。致人耳鳴或耳聾。有時其炎經耳內管。而累及腦膜。

(己)顳凸炎 Mastoiditis 此因耳管炎延入顳凸窩內也。夫顳凸(乳突)乃三角形之骨塊。未成童時。尙未舒長。有時有一較大之窩代之。以通耳鼓後部份。此窩較淺。適列顳鱗段片下。故窩之原始。非起於顳凸段。乃起於顳石鱗段。至成童後。此顳凸則成多窩。形似海絨。諸窩內俱有洄膜。亦俱通顳凸穴底。諸窩之位較穴尤低而淺。故成人之顳穴較深於小兒。小兒顳凸穴之口通於耳鼓。口亦展大。成人者被骨縮窄而成細通孔。 夫中耳炎患。至成膿時。則延入顳凸穴內。於是該處及全身則顯甚重之病狀。病者自言耳甚痛。壓之尤痛。或顳凸上色紅而瘀腫。諸病狀初發時。耳之流液或暫止。但後仍流出。 患漸重時。而人發熱。亦或寒顫困倦。或易受惹。不得寧息。或顳凸骨衣下生瘴。顱骨外層變癥或死無定。因小兒顱骨之外層薄。易被消喫也。割瘴時可見肉芽腡團由骨內凸出。瘴既成。使耳翼移位向下外。有時膿延過骨窩。而累及骨之內層。較大於外層。如此則硬腦膜及額旁血埂(橫竇)顯露。致顱內起加雜患。(第二百八十七圖) 有時在顳凸尖有數薄壁之窩。若此窩受累。其膿卽延至骫髃

顳肌下。在頸處穿破。此名伯瑣德氏穿孔。Bezold's perforation 第二百八十七圖F 亦有其炎係慢性類。致顳凸較實者。又有係瘰性類。致顳凸窩充滿似豆腐質者。且骨變厚而密。顳凸增大。深處痠痛。夜間較甚。若流質濃而乾。內含膚脒及可雷司特林。層疊如葱頭形者。則名爲珠球形瘤 Cholesteatoma 能致顳凸穴痕大。曾見一痕大橫徑至寸半者。其病狀始則有如慢性症。遲早或染穢而成急膿性炎。

第三百十九圖



Fig. 319 INCISION FOR MASTOID OPERATIONS

割顳凸穴術之刀口

顳凸炎治法　初起可敷蘋茄熱濕布。使病者靜臥。調理飲食。亦服合宜瀉劑。用坡力慴氏囊吹出耳鼓內之液。若置二三水蛭於顳凸上。則痛亦暫止。但用此法不可過久。病狀既顯。縱未至生膿。亦可割開顳凸穴。俾液流出。然勿動中耳各要件。可以自瘉。其法如下。

先將耳拉向前。適於耳壟後割一彎口。在平耳外管頂。距耳外管中心點後半寸處。用蛾眉鑿鑿之。或機轉稜鑽鑽之。第三百二十圖 宜鑿之處。每有小凹。可以捫出。亦另有覓出之法。卽由耳外管頂向後劃一切線。繼由耳外管後向上作一切線。此二切線交點。卽施鑿之處。第二百八十八圖C 鑿時宜稍向前下內。有一妙法。可指明其方向。卽於耳外管內插一銀探。鑿時與探平行。成人之顳凸穴距骨面約一寸之五分之三。鑿時用探條探之。如或覺無抵鑿之物。且有惡臭之膿流出。卽知其穴已開矣。此時又用蛾眉鑿及骨鉗開大其口。再將顳凸內及繞耳受累之骨

第三百二十圖

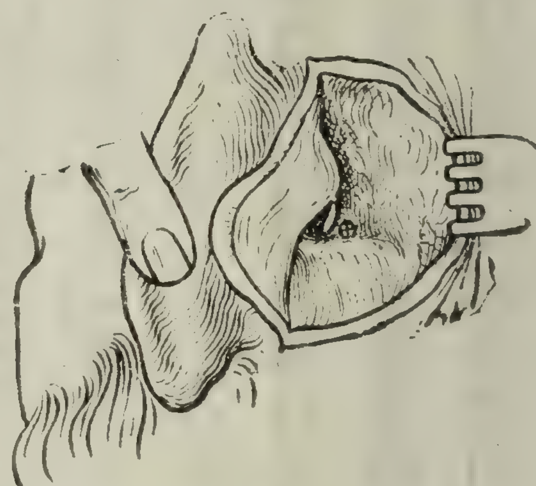


Fig. 320 SITE FOR DRILLING BONE IN ORDER TO OPEN THE MASTOID ANTRUM
It is often well to apply a chisel over the desired area so as to include a triangle the centre of which corresponds to the apex of the so-called supra-meatal triangle. As soon as the outer layers of the bone have been removed by the chisel the gouge is used to reach the deeper parts.

此圖指明用鑽開顳凸穴之處

先以鑿於耳外管上之三角尖開孔既去骨之外層則用蛾眉鑿挖去其深處

穴。用水節由耳外管灌水以洗之。後塞以無稜紗布。逐日由耳外管用水節冲洗。若係伯瑣德氏之穿孔。設能早大開其口。則可免於頸上施割口。 若係慢性者。中耳已起加雜患。則必用司他凱氏法 Stacke's method 治之。其法如下。卽將耳翼在後面割離耳外管之骨廉。而開顳穴。隨將隔耳外管與耳鼓穴及顳凸穴之骨膈鑿去。後用金類引具。由顳凸穴口入耳鼓頂內。以去其較淺之骨。則不至有險。蓋面腦經及上抉管。有引具以保衛之也。後將鼓中骨(聽骨)取出。刮淨鼓內。(第三百二十一圖) 又在耳外管服部內端後壁割一竪口。將此割口之廉與皮口縫合。如是則耳外管爲通全骨之孔。易於冲洗潔淨。

慢性耳痛累及顱骨內之加雜症 Intra-cranial complications 此加雜症卽顱底筋衣外瘅。顱腦衣炎。(有汎佈性者 有限處者) 頰旁血埂血結塊。及大腦或小腦內生瘅等是也。

(甲)**顱下瘅** Sub-cranial abscess 其普通之病狀。於前第六百五十九頁已論之。其膿常見蓄積顳石段上部。及近頰旁竇處。病者自言頭痛。其痛漸重。後則疲倦。漸至昏迷不醒。溫度升高。或始有寒

第三百二十一圖

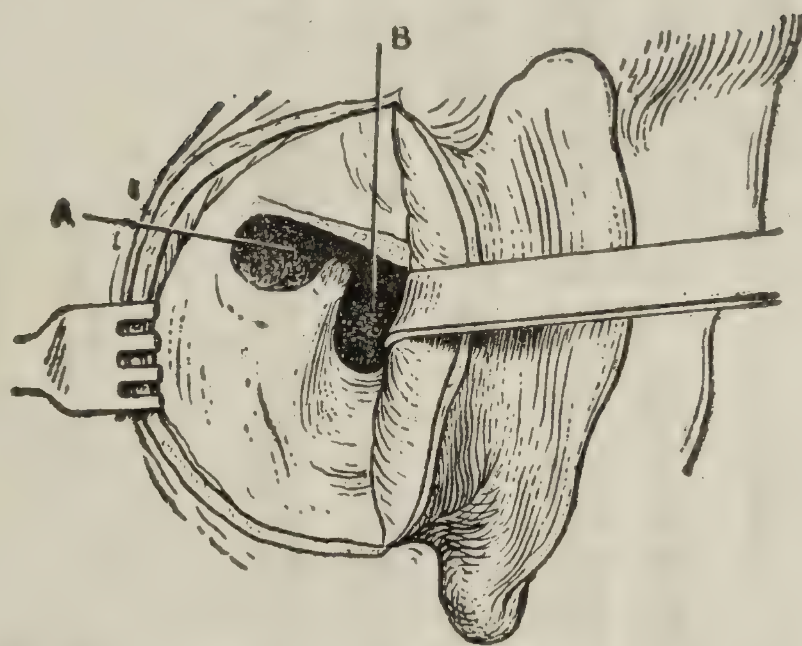


Fig. 321 STACKE'S OPERATION COMPLETED

The antrum (A) has been thoroughly opened up and the bridge of bone covering the aditus removed thus bringing the antrum into free communication with the tympanic cavity (B) which is curetted and the ossicles removed.

司他凱氏剖顳凸穴術

A 已開顳凸穴盡去遮顳凸穴通鼓穴孔之骨片使顳凸穴與鼓穴均通

B 鼓穴其鼓中骨已去而穴亦刮盡

顫。然此非常見之病狀。其脈速而洪。且有力。雖循頸內靜脈處不痛。若瘴令顱底腦膜炎。則有頭仰之病狀。且甚嘔吐。並因炎累及腦膜。則視腦經亦發炎。若壓其太陽亦覺痛。或有疢腫。有時其膿由顳凸出顱之靜脈流出。或隨煩顳二骨間縫而出。

診斷。 每難診斷其爲顱下或爲腦內瘴。顱下瘴起之較急。溫度亦高。且有腦膜受惹之狀。如頭仰等。俱令人知此症在硬膜外。不在腦內也。其脈速。而不似腦內瘴之緩。且其域點狀亦不甚顯然。

治法。 在耳外管上後畧離煩旁血埂。用圓鋸鋸一孔。是處即顳蝶瘴所宜鋸之處。第六百六十九頁 隨洗出其內之膿。置引流管數日。

(乙)腦膜炎 此患有限處或汎佈性之分。限處者。常與他症兼發。故無關緊要。或致頭痛不止。若

未生膿。治其病原則腦膜炎自癒。佈性者。素因染穢所致。亦有因隣腢生膿所致者。或因頰旁血埂結血塊之故。其病狀見二十章顱內炎篇 有時腦膜多滲出漿液。而增顱內壓力。致人困倦。欲去其滲液之原。或用腰脊刺術放出過多之顱脊腦液。則病可十分痊癒。

(丙)頰旁竇結血塊 Thrombosis of lateral sinus

此因中耳炎直循顳凸而累及頰旁血埂橫竇所致。亦因顳凸出顱之靜脈有染性塞團。致累及頰旁竇也。此竇內既有血塊。此塊漸長。終將竇孔塞閉。若染膿穢。則血塊分散。後必有染性團漂流。致他處生瘡。若患重者。則竇內之血塊。延至集竇匯竇。且循頸內靜脈而下延。

病狀。 最顯之狀。卽溫度忽然升高。其熱時加時減。兼有寒顫嘔吐。單處頭痛。其痛在顳凸後廉出顱靜脈處最甚。脈速而弱。且按之易沒。終則病者困倦發呆。因腦膜內多滲出漿液之故。耳先流之臭物則止。視腦經炎有無不定。未發炎之先。常有畏光之弊。若血塊延至頸內。捫其頸內靜脈。有長且硬之腫。捫時亦覺痛。且因靜脈之血運行被阻。故面容發暗。頸淋巴腺亦大。若頸後肌板硬。視腦經亦炎。此二者卽爲顱底腦膜炎之據。有時血塊外或繞頸內靜脈處生膿。如是則頸腫紅。且⿸疒水腫。

診斷。 患之顯者則易診斷。然初起每難辨之。小兒則尤甚。此患至確之證據。乃病驟起。溫度增減無常。寒顫。且寒顫屢作。頸痛。捫其頰旁竇或頸內靜脈。亦覺深痛。此更爲確據。

治法。 大約先用顳凸炎之斷根割術。隨則開大其口。直至頰旁竇顯露。不然則須距耳外管中心

後一寸。(25 mm) 在李氏底線上劃一竪線。長一寸之四分之一。(6 mm) 在線上端。用圓鋸鋸之。第二百八八圖AB即露出顳旁竇外壁。再用細空針刺之。觀其內之血仍爲流質。抑或係血塊。若已成血塊。則繞竇之硬膜腦及骨間。常有發炎之狀。亦或有膿。如已診查確實。則循骫髃顳肌前廉割一口。於血塊最低處之下。以線縛頸內靜脈。以免漂團運入全身。有因病患日久。血塊長大者。宜在頸下部份縛頸內靜脈。即近首臂靜脈是也。此靜脈縛妥後。則割開顳旁靜脈。刮去其內染穢之血塊而洗之。若爲去淨血塊。即將骨孔開大亦可。若患不甚重。血塊之下份雖不全去亦可。但於縛處之上。須開頸內靜脈。將其內之血塊刮出。或用水節冲出竇內之血塊去盡。則竇必流血。可用無穢海絨。或紗布塞之。則流易止。頸之割口。宜輕手用紗布塞滿。萬勿縫合。約其中必有染穢生膿之害。以上之割口。亦如是爲之。俾生肉芽而痊。

(丁)大腦小腦內瘴　此等加雜患。亦不少見。其詳已見第六百六十四頁。

第三十二章　頸外科

SURGERY OF THE NECK

胚頸鰓裂之患 Affections of the neck　二三星期之人胚。有數鰓弓形迹。與他哺乳類之胚相似。諸弓爲頸諸膶之原。凡哺乳類多半有五後口弓。爲鰓裂所間隔。惟人胚之第四五弓合作一弓。諸弓由胚原脊旁凸出。其組織係胚原膜中層。內外有膚胅蓋之。諸弓於頸中線與對側者早續合。上下鄰弓亦俱續合。致諸裂幾滅。若其續合不甚完全。則生各種之舒長異形。　宜記首弓生頷、及耳、椎骨長峯。首裂尋常未盡閉之一部份。生耳喉管、耳鼓、耳外管、及顳凹罅。次弓生錐峯、及顳錐骺筋帶、與骺骨小角。三弓生骺骨體及其大角。四弓生頸之餘諸膶。第二三四裂迨後漸行閉合。

鰓漏 Branchial fistulæ　此係鰓裂未閉之故。爲彎曲之管。由皮面深入頸內。通喉與否無定。外口素列肐髃顳肌前廉。大半近下端挨肐上峽。此係起於未裂者。凡漏俱有膚胅爲裏。生粘而透明或似涸之液。既有此漏。每兼有他畸形。如巨口、缺耳郭。亦或有副耳郭者。此副耳居近耳處。或挨漏口。平常或無庸療治。苦病者覺有不便。可以刀解剖而去之。或以電線烙滅之亦可。

鰓袋瘤 Branchial cysts　此係胚頸裂未盡閉之部份而內盈液之故。多見於十至二十歲之人。病者常云係被擊或受傷所致。使不生液之膶迅速生液。（如未受傷則終身永不生液）　凡鰓袋舒長甚緩。不痛。成圓而軟之凸形。其有動浪與否。視其所居之淺深。其內所含之質。若袋距近裂之外端。則係脂類。與皮

胭袋內所含之質相同。卽扁膚胅可詸司特林及脂粒等 然較皮胭袋內所含者畧稀。設袋近裂之內端。卽近喉處。則係粘而透明之流體質。此袋素有鱗膚胅爲裏。柱膚裡者少見。秏膚者尤罕見。鰓袋之方位多於第三裂。卽脾舠及肐髃顳肌前廉間。且近骺骨大角。袋若大。或伸入肐髃顳肌深面。致肌向外移位。起於第二裂者少。若有之。則居頸三分之上份。或上延而向顳錐。或由顳凸至骺骨與頷骨後廉平行。其動淚可由口內搚出。　治法。若袋長大而有妨碍。須割取之。

鰓疽 Branchial carcinoma　有醫士云疽不能生於胚頸裂未閉之部份。亦有謂其由喉或嗓來之子疽。或深淋巴腺內而起者。後則變壞爲袋。然疽起於胚頸裂則畧有據。此名惡性頸袋。居於肐髃顳肌深面。係無定界之硬瘤。極痛。淋巴腺受累而大。此症之歷程。與尋常疽相似。每因瘤侵入大血管。致人流血而斃。有時破入喉內。則成惡性喉瘍。按病理云。此瘤係鱗膚疽類。　治法。此症難於療治。因其所續連者甚深也。

先天性肐髃顳肌變硬 Congenital induration of sterno-mastoid　大半因產時受傷。有如頭先露產。或因頸旁在母骱節下面受痛傷。故於頸左側較右側多見。於顯微鏡下視之。其硬部係筋胭所成。歷數時自癒。或致將來有頸歪之弊。　於頸亦可患他類先天症。如歪頸。第三百四十二頁　脾舌管袋。水性胭袋等。

頸袋瘤 CYSTS OF NECK

(一)先天頸袋瘤 Congenital cysts　(甲)皮腡袋瘤 Dermoid cysts 與他處生皮腡之理同。即因該處先天有餘腡長成袋也。有起於鰓裂或頸中線。或脾舌管者。　(乙)脾舌管袋瘤 Cysts of thyroglossal duct 第三百二十二圖 乃由脾舌管復生一管也。由胚喉起。下長至骼骨體後。於嗓及氣管前。直抵脾腺橋甲狀腺峽處。隨即長成脾腺橋。後則該橋與脾腺二旁葉連合。此二旁葉起於胚頸弓之深部份。夫脾舌管之上口。居於舌之盲孔處。由此管則下行經舌。在二頦骼舌肌間。繼抵骼骨。其管之下端。則居於脾腺笋處。按常理脾舌管宜結閉。若上端未閉。則能成一皮腡袋瘤。居於舌內或舌下。第三十章口底症 若下端未閉。則成一袋。內含粘而透明之液。在初生

第三百二十二圖



Fig. 322 MEDIAN SECTION OF TONGUE LARYNX AND TRACHEA SHOWING THYRO-GLOSSAL DUCT EXTENDING FROM THE FORAMEN CAECUM OF THE TONGUE DOWNWARDS BEHIND THE HYOID BONE AND IN FRONT OF THE TRACHEA TO THE ISTHMUS OF THE THYROID BODY

A small dermoid cyst in the centre of the tongue is also represented.

舌嗓總氣管正中切面以表明脾舌管之式此管由舌盲孔至骼骨總氣管間並至脾腺橋　舌中有一小皮腡袋

之小兒無袋後乃長成。若自破或割之。即成頸正中漏 Median cervical fistula 其治法與治鰓裂同。乃剖開盡去其裏膚。或用他法滅之。有時由牌舌管之下端生副牌腺。形類腺瘤。且係順性。若無妨於人。則無庸治之。

(丙)多房淋巴袋瘤 Cystic hygroma 此或見於後天。其故因淋巴穴充滿而脹大。即成多隔袋瘤。有時舒長甚大。其邊彎曲不齊。可致畸形。且其壓力亦甚大。遮皮之毛細管及淋巴管。恐亦充滿而脹。設侵入深處。如上臚 則勿動之。不然則宜割取。第二百七十二頁

(二)**後天頸袋瘤** Acquired cysts of neck 分數類如下。 (甲)脂袋瘤 Sebaceous cysts 可生於頸皮。與生於他處之脂袋瘤相似。無庸復述。 (乙)滑囊袋瘤 Bursal cysts 尋常於牌朒阜前有一滑囊。此囊有時因內盈流質而增大。亦於骺骨後有一滑囊。易誤認為牌舌管袋。若有所疑。可以顯微鏡查法細查其壁。即不難診斷矣。蓋滑囊裡係內膚胅。牌舌管裡係外膚胅。滑囊袋只割開置一引流管。足能全癒。然割取之為尤善。若係牌舌管袋。當盡去其裡方可。 (丙)單房漿液袋瘤 Unilocular serous cysts 每見於頸後三角處之下份。內含漿液或微帶血。其病原尚未確知。約因淋巴穴脹大之故。治法可割取之。 (丁)帶虫袋瘤 Hydatid cysts 常見於頸。第一百七十四頁 (戊)血袋瘤。每見此瘤依頸血管甚近。其原或因靜脈盈血而脹之故。亦有通於靜脈或他血管者。被壓則空。不通者其裡膜之血管甚多。若此症既已辨明。設非危急。無須醫治。若誤認而開之。宜將所通之血管縛妥。如不能縛。宜

將浸腎上腺精溶液之紗布塞滿袋穴。(己)亦有頸袋瘤由涎腺或脾腺所長者。(庚)惡袋瘤此起於鰓裂迹或因患鱗膚疽者淋巴腺變壞而起。每長甚大且不能除根。因與深䐈相連也。

刎頸又名割喉 CUT THROAT

卽被人殺、或自殺者。其輕重視傷口之方位及大小。如用右手自盡、傷口由左向右、於左側之刀口重而深。向右漸淺而輕。用左手敏捷者反是。若被人傷喉者。刀口之方向。視其刄由前或後而來。及兇徒之手或左或右而有差別。設於頸前被傷。則氣管割斷。雖屬危險。然未必致命。若頸旁多受傷。則血管及大腦經割斷。甚易因流血而死。此傷之治法。按普通之理醫之可也。無庸另論。但頸前傷者。如截斷呼吸道。易致加雜患。故必愼重治之。其治法另講。

傷及呼吸道 按傷之上下可分四處而論。(一)骺骨上。兼傷及舌根。(二)脾骺處。係常見者。(三)嗓內。(四)總氣管。

臨時之狀 卽因腦力突衰、流血、欠氳、或空氣進入靜脈等故。(一)於骺骨上者累及舌根。並頷下處。舌面二動脈或其枝流血。傷深者。則大血管被截斷。以致人死。傷不如是之重者。亦有會厭䏚及舌根後倒遮嗓之險。此時飼以飲食甚難。因舌已失其動力也。(二)於脾骺處者。舌面二動脈及脾上動脈上部份皆受累。會厭䏚根割斷。嗓口泗膜或移本位。而阻其呼吸。或血流入嗓及總

氣管。致人欠氣而死。　(三)於嗓處者傷口每爲橫形。傷亦淺。盖肞堅而有抵力也。除脾腺流血外。其餘不甚流血。或有血流入總氣管及肺內。致人欠氣而死　(四)於總氣管者頸總動脈、頸內靜脈、及脾下動脈等甚易被傷。致甚流血而死。每因總氣管被斷之二部移位。或血流入呼吸道。致人欠氣而死。亦有空氣吸入靜脈內者。若嗓返腦經被割斷。嗓必致癱。

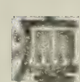
過後之狀　此多因發炎之故。　(甲)傷口被染發炎。致連胭炎。此炎或下行延至膻內。或累及嗓致成痳腫。且此染性炎。亦可使過後流血。或致成全身性串瘴。　(乙)呼吸道發炎。被傷後。常見總氣管炎。氣管肺炎等。此由吸入冷氣或進入染性物之故。如飲食、腐血塊、及傷處之流液等。因此。其人之皮色青紫。亦因氣閉而嗓洇膜之感覺減少。致容食物進入嗓內。亦有因嗓上腦經被斷。而洇膜失感覺者。然因嗓上腦經深居頸內。腦經既斷。而大血管反未受傷。誠甚難有之事矣。　(丙)皮下氣腫。此係呼吸道被傷。空氣入連胭也。不獨在頸。亦延於軀幹。捫之則覺該處軟腫。而有泡沸鳴。此可爲診斷之助。但此狀不爲重要。過數日約能自瘉。

治法　設能縛諸流血處更妙。如流血處過深不便於縛者。則宜縛頸外動脈。若該處俱滲出血。亟宜整理。恐血被吸入氣管也。宜盡己所能。俾其傷處無稚。必稚已滅盡。方可縫合。倘疑稚未滅盡。宜縫傷口二端。中段置之可也。　呼吸道之治法。按傷處而異。於總氣管處者。倘傷口参差。可於二側各縫一線扶提之。使不移位。後揷氣管筒約數日之久。若傷口之邊平齊。則免揷氣管筒。若傷累

及嗓處。宜立卽縫妥。蓋嗓插氣管筒甚難忍受也。若必需揷之。宜於總氣管上端。用總氣管剖術。然後再插其筒。若傷在脾骺處。或骺骨之上。先宜小心潔淨之。後則逐層縫合。當縫合洄膜時。其針不可透入洄膜內層。則傷口更易潔淨。若會厭肕割斷。縫合當適對無訛。如有所疑。宜先用總氣管剖術。後再縫之。凡被此類傷者。縫合後。宜俯其頭。自盡者更需人守護之。以免扯撕其縫處。若流血多者。可用注射鹽液術。更宜留意病者周身之情形。無論食管受傷與否。每用腫筒以飼之。待病者復其天然嚥權。方可免用。

後患　下所論之後患。間於割喉者遇之。　(甲)氣瘺。卽呼吸道與外界有異常之通處也。多於脾骺處。瘺外之皮與洄膜相續。每能療治痊癒。若嗓狹窄。或嗓內有粘着。莫若先治之。然後治瘺。其瘺之治法。卽上下割大其口。後將皮及洄膜分離。繼削洄膜邊。縫合上下。成一橫綫。外面傷口亦上下縫合。或留中段以備塞入紗條。　(乙)嗓或總氣狹窄。因傷處成瘢之故。宜暫用嗓通筒。(俄待耳氏管)亦有常用氣管筒者。　(丙)失音。約因割斷嗓返腦經之故。致人恆久失音。　(丁)食管瘺或喉瘺。此患雖罕見。然於傷重者往往見之。此類傷或能自癒。故無庸另治。

脾腺症　DISEASES OF THE THYROID BODY

 Goiter 又名脾腺增大 (甲狀腺增大) 乃常見者。近始查得脾腺與身體之新陳代謝及滋養有相

關之要理。方甚注意此症。設人本無脾腺。或被割去。或盡變壞。則使洄素多積於身內。致人有脾腺缺功症。有云若過哷脾腺泌。（或正常或變異）則或致突眼癭症。或骨變性症。

病原　尚不能無疑。爲中國或他國之地方症。在山地更多。有時在該地成爲流行症。最確者。乃係所飲之水內含一類活毒。此毒在腸內發育而生特種毒素。致成此症。英國陸軍少佐瑪卡利森氏 Major McCarrison 所演講之論說中。述其所查得之據甚確。即用生癭處之井水。飲於家鼠或山羊或健壯之人。皆可患此症。及將此水完全過濾。飲之則不顯何狀。若將濾器內所遺之物仍和於水內飲之。猶能致此症。用米飯摻和鼠糞。與鼠食之。或注射皮下。鼠即生癭。但用米飯摻和各種穢物與鼠食之。則不生癭。復用鏺氣摻於飯內。與鼠食之。亦不成癭。蓋癭內未有何物。亦無穉類。其以爲穉居於腸內者。不過臆度之詞。因以滅穉藥及伐克辛所得之效果。稍有顯據耳。雖未爲準確。然發明此理。不爲無益。更有因他故致成癭瘤者。如人深居谷內。或大城之陰暗處。缺少日光及新潔之空氣。或因衛生不良。或因頭項重物等。尋常患癭者。女較多於男。且非係遺傳。亦與婚嫁無關。但若爲先天症。則兼有骨舒長異常。致體長有缺。且亦發呆。此類名爲小兒脾腺缺功症。或名克雷廷症。Cretinism

種類　癭之緊要之類有四。即正腁性癭（純性癭）袋性癭。筋腺腁性癭。突眼癭等。亦有惡性癭。急性癭。急性炎。致脾腺長大者。

其重輕。有時其癭雖小。亦或致甚烈之病狀。

圖三十二百三第



Fig. 323 FRONT AND LATERAL VIEW OF A PARENCHYMATOUS GOITER
The right lobe had been removed by a previous operation.

正胭性癭前面及側面視之
右葉已割除

病狀 此四種癭。或脾腺全體增大。或僅左右之一葉增大。或只橋增大無定。按癭類有輭硬不同。嚥時隨嗓活動。病者常顯血虧。純性者。因過浹脾腺泌。故睪顯突眼癭症之數特狀。且因鄰胭被壓。呼吸與嚥食皆難。亦因大血管被推向外。致顯腦病狀。總氣管既已被壓。則移其本位。而異其原形。常係左右扁。有時擁離中線一寸。或一寸有餘。氣管朒亦顯消瘦。若係脾腺橋之袋性癭。或腺胭性瘤所致。則人呼吸甚難。若癭向下舒長。由胗後入胸。則壓總氣管。以致前後扁。則呼吸有蟬鳴音。然不至瘖啞。若嗓返腦經被壓。則聲音粗糙。或失音。或痙性氣促。有時致死。習醫者當熟知癭症所致之患。非按其大小而定

純性癭或名**正胭性癭** Simple or parenchymatous goiter 第三百二十三圖 此類癭係脾腺全體過長而無定界長大後。諸部份仍依無病時之大小爲比例。其長大之故。一則因腺胭過長。一則因脾腺脬內積有膠性質。然其內之筋架胭。仍與無病時同。雖全腺俱長大。每有一葉較大於他葉。捫之覺軟。並有彈力性。且不甚痛。而分小葉。兼亦生袋。或生腺瘤。倘間胭過多。如症之晚期所常見者。捫之則覺較硬於常。且顯小葉。至是則名爲筋癭矣。Fibrous goiter 設癭甚硬。每生泗腫症。Myxedema 脾腺缺功症

筋腺胭性癭 Fibro-adenomatous goiter 第三百二十四圖 此癭卽脾腺胭內生一或多數有包膜之腺性疣。脾腺亦並長大。諸疣居於左或右葉。或橋。或佈滿於脾腺內。設位較淺。則易捫其定界及活動之度。倘位甚深。則難分辨矣。　筋腺胭性癭。可分二種論之。　(甲)胎類癭。其形實而劃一。爲密列之多脬。其組織與胚脾腺胭同。脬內無膠性質。此類癭多見於青年人。平常不甚大。惟血管較多。(乙)尋常所見之腺胭性癭。其組織似大人之脾胭。易成袋。與純性癭不易區別。蓋純性癭多係汎佈性。

袋性癭 Cystic goiter 此癭乃因尋常之腺脬痕大而成袋。或係定處腺瘤之脬痕大而成袋也。由是脬之間隔被唻。成爲一袋或數袋。袋內含淡流體質。或極濃之膠性質。有時袋內生薊瘤。袋之裏係膚胅一層。袋小者。其胅係立方形。大者稍扁。或成鱗膚形。其血管甚多。有時血管破而血流入袋內。致其內質被血所染。

以上所論之三類癭。每見有所改變。間腡常變成朒或骨。或鍏礬。成鍏礬者。乃於症最久者見之。亦有流血至脬或袋內者。且每見變成急性染炎。或變爲疽性惡瘤。 其罕見者。乃蔓延全身。於短骨扁骨生子瘤。（生於顱骨脊骨者居多） 亦有生於內臟者。其腡約與脾腺正腡同。但係疽類。亦或多有血管。致其瘤搏動。夫子瘤所致各處之病狀不一。有由外觀之。其脾腺仍如尋常者。亦有只生純性癭者。

第三百二十四圖

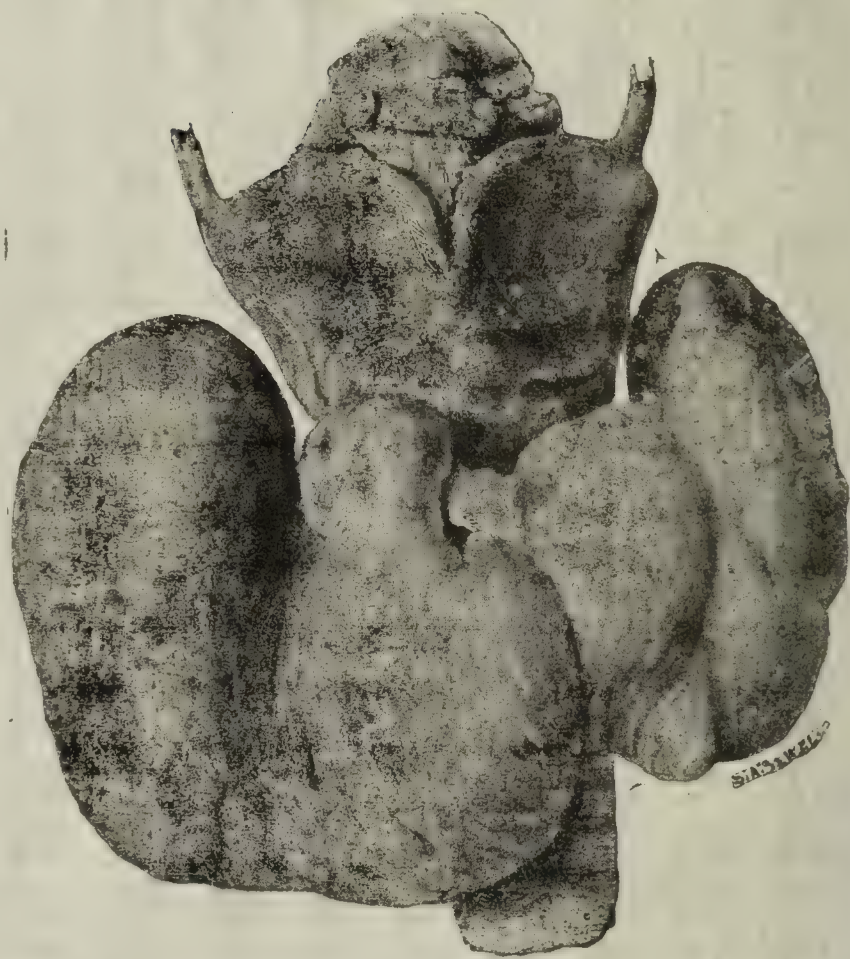


Fig. 324 MULTIPLE FIBRO-ADENOMATOUS GOITER

多葉筋腺腡性癭

治法 此三種癭之治法可合論之。惟與後類不同。其早期可用姑息療法。使飲蒸水或甜水。調理身體。講求衛生。更宜移寓海濱。服鐵及氯藥類。患處刷氯酒。或用伊洪法 Ionisation 射之。在印度醫士則抹錸氯抹膏。於午時曝以日光。每見大效。有時服氯之一種有效脾腺精名脾腺氯 Thyroiodine 者。較他種爲佳。亦有時能使純性癭消散。 若癭仍如常或更長大。則宜用他法。最妙者。在割去全瘤。或脾腺一部份。設盡行割取。則生涸腫症。（脾腺）

缺功症　故於橋或葉上宜留足用之一部份。則無病後患之處。治癭之理。與治他瘤同。於瘤小時割取則妙。惜有醫士迨瘤長大始行割治。然此時施用手術。則多增危險也。

牌腺一部份割取術。　於癭至凸之處割一口。若能循肐髃顳肌前廉三分之下割之尤妙。有醫士割一橫口。能使癒後不顯瘢痕。隨卽割斷胸頜肌及深筋膜。將肐髃顳肌、及肐骺、肐牌、髆骺、等肌。擠向一側。雖需時亦可割斷。如是所欲去之葉。卽於其包膜內顯出。勿開其包膜。以指或鈍解剖器定其界限。隨將出入之血管縛妥。其牌腺上之血管。則以兩線雙縛之。卽在癭之上部割斷。牌腺中靜脈須縛於瘤外廉之中。牌下血管亦須縛妥。更宜留意勿傷牌腺返腦經。是以縛血管時。愈近牌腺愈妙。又令牌腺葉與下胭相離。或令牌橋與總氣管相離亦可。然須記總氣管之肦圜。有時被癭橋消沒。故氣管之壁祇爲筋胭。且易受傷。隨將牌橋割斷。而縛其流血之動脈。或先縛而後割之亦可。後則將瘤取出。又用深縫法令肌與筋膜復原。再將傷口縫合。　因項不能受裹帶之緊壓。宜用引流管二十四小時之久。以便廢液易出。大約割口能順癒。而不遺瘢痕。施此等割術。或應用迷蒙藥與否。說者不一。閣耳氏。往往以單處痲法爲之。謂爲甚妙。但有多醫士不從其說。除最重病之外。每以善施迷蒙藥者爲之。余亦以此爲然。若癭居肐後。或致總氣管甚受壓。須用總氣管內施伊打迷蒙之。牌腺之筋腺胭性或袋性者。若有多數。或居甚深。則只將受累之葉盡去之可也。設祇有一瘤。而居甚淺。則獨去其瘤足矣。其法如下。皮與肌旣割斷。則割腺之包膜及腺質至瘤。而瘤卽易割出。

突眼癭症 又名 **眼凸癭症** Exophthalmic goiter 又名 **巴色朶氏症** 或 **革雷佛氏症** Basedow's or Graves' disease 此係脾腺之全體增大也。且因血管舒展。致力行搏動。居腺包膜上之血管尤甚 患者甚顯血虧。心易受惹。而作動急速。眼亦前凸。突眼 此症之原因。尚未定確。有云係交感腦經。或中樞腦系統之功異常兼脾腺改變。致所涑之脾腺泌過多。其泌或常性或壞性無定 有時脾腺增大不甚顯然。但以顯微鏡查其胭。則知已有改變矣。腺之組織。較實於常。其脬小而相貼甚密。有時內不含膠性質脬壁之柱形膚胅有莿狀增生。血管亦甚多。

患此症者。多係中年之婦女。每因月經不調之故。或因家事繁襍。擾亂其心。或因偶受驚恐。皆能致此病。 眼凸前之狀甚爲顯明。約因眶脂增多而致。亦有云因蝶頄鉀前所有之無紋肌緣縮小而致者。病者俯視時。上瞼不立隨之下垂。故多露白盰之上部份。且四肢亦顯微顫。病者甚悸。而脈搏甚速。若稍用力。或忽受驚觸之事。心卽亂跳。而呼吸亦促。血中淋巴胅加多。然白胅則少。 此症若不治之。或亦自能減輕。但有者其患日增。致人虛弱而死。

第三百二十五圖

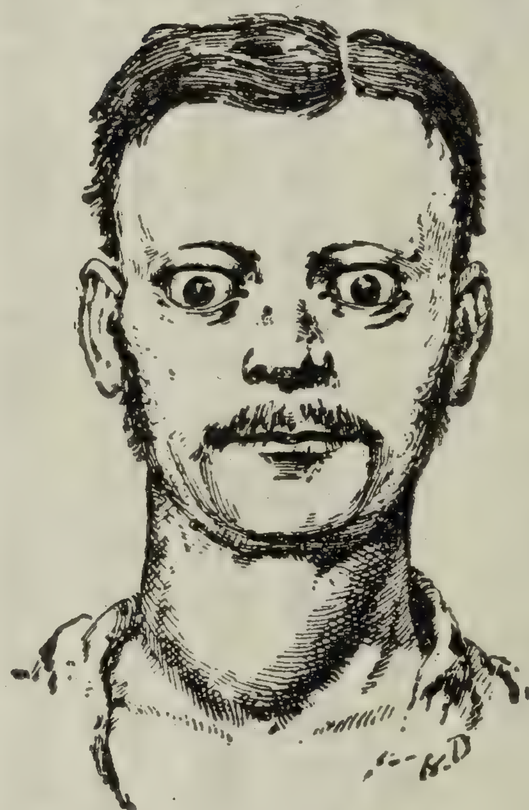


Fig. 325 EXOPHTHALMIC GOITER

突眼癭症

治法　須隔絕一切煩惱之事。使之靜臥。兼服氪鹽、鐵、或鋏氯鹽等藥。又須治理月經不調。或他處之病。昔有患此病者。其鼻泗膜發炎。醫者以火烙鼻泗膜數次。此後突眼癭狀亦卽減少。閣耳氏謂服鈉硫強礬。Sod. Phosphas 再講求衛生。亦足見效。有服胸腺膏。Thymus Extract 及腎上腺膏。亦署有效。或服已去脾腺之牲畜血清亦可。　曾有醫士用外科療法。去脾腺之一部份。雖亦見效。而危險甚大。故不宜輕用。亦有去脾腺之一半者。又有束縛充入脾腺之三動脈。令脾腺消縮者。施迷蒙藥最有危險。莫如痲其一處爲妙。或將頸淺腦經。在胞髃顳肌後廉。於脾胑相平處露明。注射百分二之可卡印二三滴於腦經鞘內。割後病者之心力最易突衰。間或歷數小時顯非常之狀。溫度偶升至一百零四。或一百零五。四〇至四〇·五 脈亦甚速。人亦發狂。終則昏迷。至四十八小時卽死。顯此狀之故。約因中脾腺泌之毒也。若遇此狀。須速復開傷口。則或有淡膠性質積於傷內。以海絨或棉蘸乾。後用無稀乾棉塞之。或置一引流管。施割術而瘉者。大約由於漸。或一年或半年無定。然突眼狀常有不退者。

惡性脾腺症　此患係疽類者較多於疙類。有時先發純性癭。日久則變爲腺性疽瘤。此等瘤生長甚速。累及圍胭。致淋巴腺增大。且傳生子瘤至內臟等處。總氣管被重壓。或有時穿破。頸總血管被瘤纏繞而不移位。終或致生泗腫症。因正胭俱滅。只於早期將脾腺去盡。庶可望瘉。

急性癭·　乃脾腺於數日或數星期之間速增大也。此症不多見。惟年幼者患之。約因總氣管受

重壓。或因喉口痙攣所致。以至人死。非用麻木法去其脾腺之一葉。他法則難獲益。

脾腺炎 Thyroiditis 間有尋常之癭起急性炎狀者。大都因受穢染而起。其穢由外而入。如刺頸袋瘤。或刺傷。或染性漂團等。皆能致腺生膿。亦有於患熱症後。或受擊傷後而起者。其腺隨卽腫大。灼痛。温度升高。且寒顫。既成膿。皮下卽瘀腫。以手捫之有動浪。 治法。須早以熱濕布敷之。或用水蛭吮之。或以冰敷之。且令病者安臥。服輕瀉藥。調理飲食。如此治法。炎或消散。但此生膿者多。須割開放之。

副脾腺 Accessory thyroids 脾腺橋之上下或旁葉邊。有時生一副腺。有與脾腺連合者。嚥食時隨脾腺上下。亦有相離者。生於脾喉管或舌底。似皮膶袋然。 若有妨碍。宜去之。再以顯微鏡查其膶。或可知後日復發否。

洇腫症又名脾腺缺功症 Myxedema 此為奇異之症。有因去脾腺後而繼起者。亦有因脾腺盡壞。或被瘤侵入而失其功用致成此症者。夫脾腺之功用。固未盡悉。但已知其於全身洇素之排泄或生長大有所關。故無脾腺之人。其體膶與血內之洇素則致加多。此症之特狀。顯而易見。卽面貌浮腫、色白似蠟。形狀呆板。顴有紅暈。舌亦粗大。四肢笨而不靈。軟膶增多。髃上凹亦有腫塊。但按之而無印跡、靈性心思亦俱愚鈍。温度較低於常。心之搏動軟弱。若不療治。遲早必衰弱而死。若服脾腺或脾腺膏、（卽用羊脾腺半份。略煮。每星期食二次。或脾腺膏 0.324 gm 每日服二次。）其狀速退。而靈性亦能復原。凡所顯缺功之狀亦均減退。誠令人甚為奇異也。 小兒脾腺缺功病。若用此法治之。則身體速長。無異常人。

牌腺旁腺 Parathyroid glands　乃爲小橢圓形體。其數有四。居於牌腺之後。近牌腺下動脈之末。以顯微鏡查之。乃係大核膚胅。成爲柱形。居於架腡內。腺內有腔。含有膠性質。與牌腺脬內所含者不同。　此旁腺之功用。尚未查悉。若除去牲畜之腺。則起急性瘛瘲。及特他內 Tetany　越數日則昏迷而死。昔日所論去牌腺後所起之特他內。實因去牌旁腺所致也。曾有人以爲突眼癭症亦係牌旁腺有病所致。但尚未查悉。

胸腺 Thymus gland　此腺有時不但不減小而消無。反存留而增大。平常之舒長期。小兒至二歲卽漸消瘦。至成人時只爲一塊脂腡。或其中畧含原腡而已。若仍存在。或增大。則頸根較粗於常。叩其肐骨。則有暗响。大靜脈顯於膻內被壓之狀。呼吸亦艱難。胸腺增大。兼全身之淋巴腡過長。及脾增大。更爲緊要。此名胸腺淋巴性病況 Status lymphaticus or Status thymico-lymphaticus　因施迷蒙於患此者。恐忽然而死也。亦有患突眼癭症而胸腺增大者。若因呼吸艱難而用總氣管剖術無益。但用割術以去其過大之胸腺則可獲效。　胸腺亦可生腺腡瘤或疕瘤。致該腺受累。

第三十三章　呼吸道肺及胸之外科

SURGERY OF THE AIR PASSAGES, LUNGS AND CHEST

第三百二十六圖

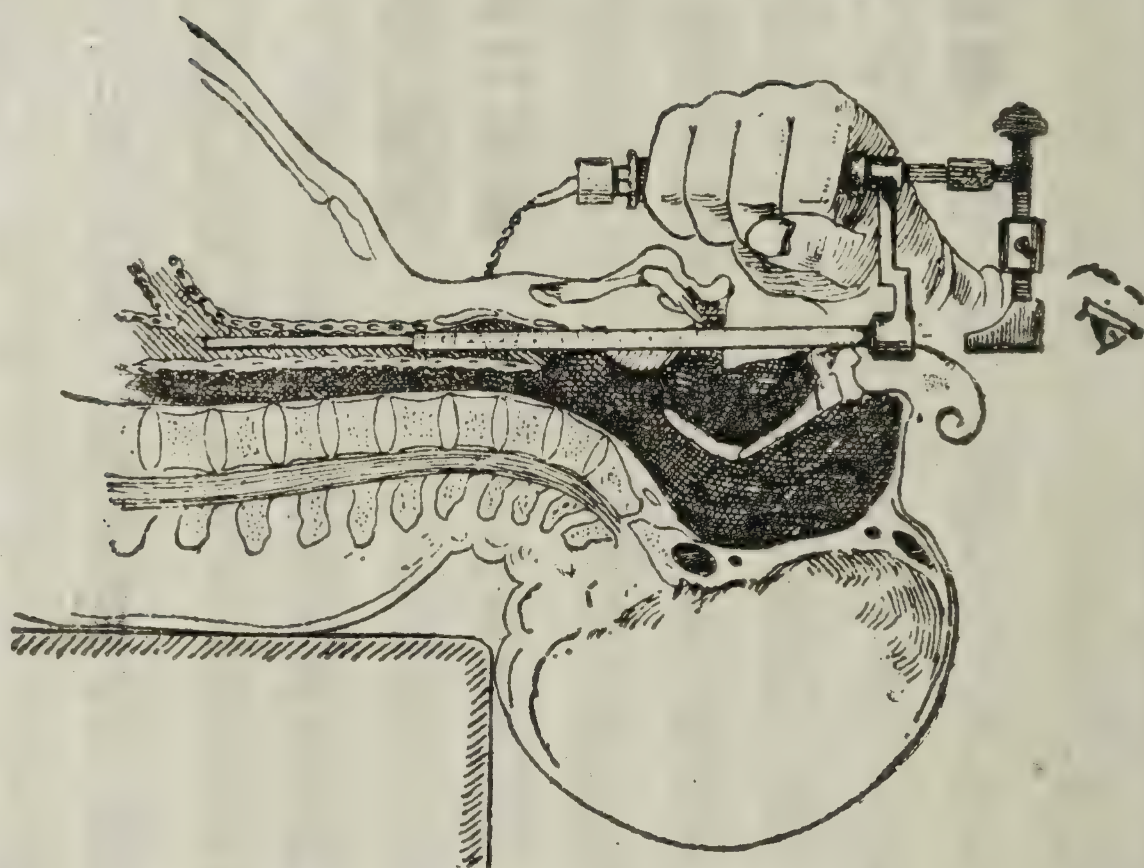


Fig. 326 KILLIAN'S BRONCHOSCOPE IN POSITION

此係奇利安氏驗氣管鏡插入之式

先令病者迷蒙仰臥於桌其頭垂於桌之一端即將筒插入總氣管隨由筒內復插一小筒直至氣管杈之處

呼吸上段之查法　學者非甚熟習驗嗓鏡之用法。此處之病患不能了然。驗嗓鏡者。乃一小圓鏡。斜附於一金類之柄上。用時令病者大張其口。持柄伸入其內。至軟腭而輕托之使之畧高。醫士用額電燈。或返光鏡射光於口內。墊巾將其舌牽向前。俾光射入嗓處。如此則嗓之形像可由鏡視之矣。此等法學者必久經習練。方能將嗓之正常異常分淸。有時非用可卡印則此法不能行使。且勿忘鏡內之形像乃係倒影。故嗓之前部居於鏡後。但左右則不顛倒。

邇來發明一新具。爲查驗呼吸道之用。名奇利安氏驗氣管鏡。(第三百二十六圖) Killian's bronchoscope 其具乃係一金類直筒。由口直入呼吸道之上段。(名上驗氣管法) 但呼吸道宜先以

可卡印痲之。亦有由總氣管之剖口插入者。（名下驗氣管法）此術可直至總氣管杈之處。或於其中復插一小筒。以查氣管。筒內之光有直接射入者。有由鏡返射者。用此法取出氣管外物。曾經多次也。

呼吸道內之外物 Foreign bodies in the air passages

夫呼吸具之全路。均能被外物所塞。全塞或半塞不定。其害之輕重。視其物在何處。並其物形而定。

（一）鼻內異物

見第七百十二頁。

（二）嗓口被塞

多因食物鹵莽而致。亦有因此立致死亡者。如人食物過急。致嗓被塞。面則發黑。仆倒而死。其不全被塞者。如假牙盤等。雖能喘氣。而不能咽物。因泅膜腫而呼吸難。故醫士施迷蒙藥時。宜先視其有假牙否。以免其墜落。亦有人患癇症或酒醉而嘔吐。致成此患者。治法。以速爲妙。切不可延悞。即以匙柄等物撬開其口。將指伸入喉內。繞探一周。取出其物。若無效。必須割嗓。兼用引呼吸法。若外物小而能呼吸。不至如是之急。可以驗嗓鏡。用鑷將物取出。

（三）嗓塞

如大吸氣時。嗓口開大。外物則可進入也。但大物不能進入。故所進入之物係小者。如小錢。花生殼或小鈕釦。小假牙盤等。全塞或半塞不定。若係全塞。人則立死。若係半塞。則呼吸畧難。甚爲發嗽而嘔吐。聲音有如蟬鳴。行動氣喘更甚。後因泅膜痰腫。而嗓口全塞。或嗓口潰爛。胍環發炎或盡壞。若用驗嗓鏡。可見外物之方位。治法。宜用反光之嗓鏡及合宜之彎鑷而取出之。若無效。必須將嗓割開。由嗓下取出。若仍無效。則割脾胍取之。

(四)**總氣管被塞**　必其物較小於嗓口。且較輕者。若重則落至左或右之氣管。若物邊澁。可緊格於總氣管內。當人轉動或咳嗽時。物卽畧動。但爲時愈久。則愈不動。因被涸質所包裹也。　病狀。卽被塞、激惹、發炎等狀。當物過嗓時。咳嗽甚重。呼吸艱難。後因外物上撞。激惹聲帶。復致大咳。若物向上。致嗓被塞。亦或致命。且因外物居於總氣管內。致總氣管發炎。常咳出帶泡之痰。外物愈下。所受之激惹愈輕。因該處洇膜之感覺不甚大也。　治法。宜用驗氣管鏡查定。以合宜之鑷取出。如此具不便。則於牌腺下剖開總氣管。將外物取出。或令人伏臥而拍其背。激出其物。如此二法無效。可勿縫其刀口。用二線將刀口扯開。待咳時。其物或可自出。

(五)**氣管被塞**　凡塞氣管之物。必須小於嗓口。並重而滑。最常者。乃鈕釦小石帽針等物。亦有用氣管筒時。其內之小筒過鬆。致落於氣管內以塞之者。右氣管被塞。較多於左。因右氣管大。又因左右氣管之間隔稍偏中綫之左。故物易墮入於右也。　病狀。與上論相似。卽被塞、激惹、發炎是也。其被塞之情形有二。(一)因外物過嗓。致嗓痙攣。(二)因外物使洇膜腫而被塞。然其初非全塞。尚能出氣。但不能入氣。後或因洇膜發炎而腫。則全塞。致氣不能出入。此處之肺則收縮。故用聽診法。或叩診法。則有暗響。後因氣管常受外物激惹。則發氣管炎。終或漸成氣管痕症。或起繞氣管之肺炎。倘該處生膿。外物能鬆而咳出。昔有人將一欅菓吸入。塞於氣管。逾十年而咳出。(此人已得氣管痕症)亦有生膿延至肺膜。致成膿胸者。若剖開以放其膿。外物卽可隨膿流出。然亦有全肺生瘰。致人虛弱而亡者。

治法。宜先詳細查定外物之方位。或用X光線照之。或以氣管鏡查之。但必係熟用氣管鏡之專門外科醫士。若無此等人。則平常之外科士亦可。乃由總氣管割一口。最妙者。宜令病者仰臥於桌。施以迷蒙藥。下垂其頭。將鏡筒插入。筒內再套一小筒。以查其小氣管。若無此種鏡筒。可由牌腺橋下剖一大口。用探條試其有無外物。如已查出。可用細鑷、或取錢套或鐵線取出。若此法無效。不可縫其刀口。以待外物由刀口咳出。若肺有瘻。或單處成膿胸。可剖開胸壁。將外物取出。亦有由胸壁割開。至總氣管而取出者。

嗓傷　有數類嗓傷。已論於前。如骺骨折或自刎等。間有牌胍並總氣管之胍環被人捏傷。以致呼吸難或流血者。此症無他治法。只令其安息而已。如呼吸甚難。可施總氣管剖術。插以氣管筒。

嗓症 又名喉症　DISEASES OF THE LARYNX

此處只畧論之。若欲知其詳。閱此症專科書可也。

急性及慢性嗓炎　Acute and chronic laryngitis　此類患於外科無大關係。多因用聲音過度。或受風寒。致人失音且作嗽。聲帶因之痳腫。　治法。此多屬內科。但在小兒有時痳腫過甚。宜用外科施剖總氣管術。或用插嗓筒術。

白喉性嗓炎　Diphtheritic laryngitis　(見一百一十頁)多由白喉炎而起。致呼吸甚難。若因嗓被塞。用抵毒素無效。則宜施剖總氣管術。或插嗓筒術。

急痳腫性嗓炎　Acute edematous laryngitis　此於外科大有關係。　原由。(甲)多因嗓他病而致。若急卡他耳性嗓炎。

或急性繞嗓肕炎。或慢性症。如瘰或疽所致。(乙)因近嗓胭發炎所致。如舌根或頷下處。或喉後壁瘴。(丙)因小兒誤飲滾水或潰藥所致。(丁)因有外物入嗓而致。(戊)因人患腎炎致周身痰腫而累及嗓。病理。會厭兩旁之洇膜摺至舌根及瓢肕皆腫大。(第三百二十七圖)嗓旁摺。及瓢間摺至聲帶止。亦受累。但因聲帶無洇膜下胭遮之。即彈力性胭與鱗膚脒所成者。故不受累。會厭兩旁腫至相挨。只餘一窄隙。僅能呼氣。而吸氣則難。病狀。即喘氣如有物阻。或嗓口痙攣。若至極甚。其人則死。且難嚥食物。因食管受累。溫度亦畧升。欲辨此症。可用指伸入喉內。試會厭腫否。或用驗嗓鏡觀嗓口狹窄否。或洇膜摺腫大否。治法。用可卡印麻患處。以刀或指甲劃破痰腫之胭。此胭即縮小。若兼吸安息香汽。其效更大。頸外以熱布或冰敷之。亦皆有益。病劇者。非用嗓筒術。或剖嗓術。不易見效。惟小兒更宜如是。

第三百二十七圖



Fig. 327 EDEMA OF GLOTTIS FROM BEHIND

The base of tongue is seen to be enlarged and swollen and the aryteno-epiglottidean folds are edematous so that the entrance to the larynx is represented by a mere chink.

嗓口痰腫由前視之

變窄如隙
痰腫致嗓口
瓢會厭摺亦
舌根大而腫

第三百二十八圖

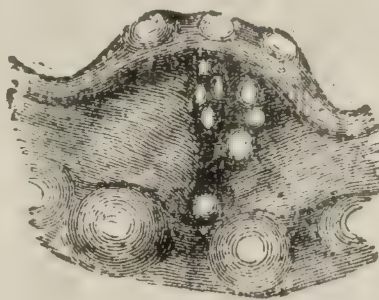


Fig. 328 GUMMATOUS DISEASE OF THE LARYNX
Small gummata are seen invading the mucous membrane of the epiglottis and front of the larynx.

癨瘤性嗓症

有小癨瘤累及會厭泗膜與嗓前

第三百二十九圖

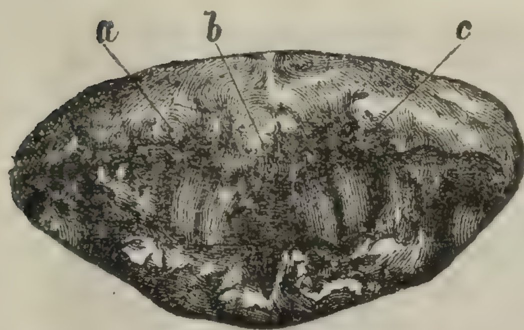


Fig. 329 TUBERCULOUS DISEASE OF THE LARYNX WITH EXTENSIVE ULCERATION IN FRONT AND BEHIND

a, b, c, Remains of the epiglottis.

瘰性嗓症

a,b,c, 潰爛會厭之迹

癨性嗓症　癨症之二期。聲帶上有癨濕粒或淺瘍。此時外皮約亦生癨疹。他處亦生癨濕瘢。多發聲之人。其嗓更易如此。其聲帶亦致加厚。但除聲嘶外。無大妨碍。無庸特爲療治。但已潰瘍。可用銾氯强鹽水塗之。至癨之第三期。嗓則生癨瘤。隨即潰爛。致會厭與瓢會厭摺俱壞。嗓口或亦受累。(第三百二十八圖)其嗓肭隨或發炎而潰。繼則聲嘶。後則因瘍成瘢而嗓窄。致呼吸艱難。治法。服銾及鉀氯鹽。又以銾氯强鹽水噴之。或用黃氯塗於傷上。若呼吸最難。宜施剖總氣管術。

瘰性嗓症　(第三百二十九圖)此症有先起於嗓者。但最多者。乃由肺瘰症所致。此因肺痰常經過嗓泗膜之故。先則嗓之後份近瓢肭處受累。泗膜下腡潰爛而成瘍。其形與他處之瘰瘍無異。(第一百四十一頁)其潰爛甚劇。致嗓之全圜俱受其害。而肭亦壞。聲嘶。常咳。嚥物亦痛。呼吸畧阻。此等顯明之狀。乃爲惡兆也。至於嗓泗膜欠血而色白。是爲此症初起之特狀。

治法。與治他處瘰患無異。宜居於海濱或山嶺。易得清鮮之空氣爲妙。又宜調理飲食。且禁止發聲。有時嗓科士用乳酸搽之。若生莿瘤。則割取之。但最妙者。在查其肺瘰而早治之。或可免此患。

嗓癱　此患之原由不一。惟嗓返腦經受傷或被斷或被壓而致者有關

第三百三十圖



Fig. 330 PAPILLOMATA OF THE LARYNX SPRINGING FROM THE RIGHT VOCAL CORD

喉莿瘤生於右聲帶

第三百三十一圖

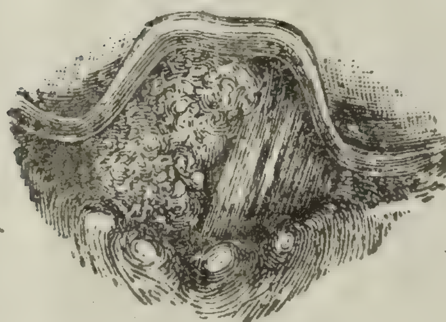


Fig. 331 EPITHELIOMA OF THE LARYNX INVOLVING THE RIGHT VOCAL CORD AND BASE OF THE EPIGLOTTIS

喉鱗脒疽累及右聲帶與會厭底

於外科。亦有因去脾癭。或去瘰性淋巴腺。誤傷腦經而起者。但最多見者。因臂首動脈。或總動脈弓有動脈囊。或此處生瘤被壓而起。凡因以上諸患而起者。喉之一側必受累而癱。惟由疽瘤起者。兩側或皆癱。　若一側之喉返腦經癱。則本側之聲帶即不能動。而聲帶之部位。與死人無異。（即在發聲位與吸氣位之間）有時喉不全癱。只環瓢後肌受累。若喉返腦經一側癱。其病狀則較輕。聲音僅畧不如常。此因好聲帶能過中線之故。若兩側俱癱。則聲音全失。但於呼吸無碍。若展聲帶之肌癱。而合聲帶肌無恙。則聲音亦不至改變。但呼吸甚難。若不早施剖總氣管術。則難救矣。

喉莿瘤　（第三百三十圖）此係瘊形之塊。由聲帶而起。致聲嘶氣阻。以験喉鏡視之。其瘤可見。若先以可卡印麻其喉。可用喉鑷將之取出。有謂宜用電烙滅此瘤者。然如此爲之。將來或恐復發。須用剖牌朋術始能除根。

喉鱗脒疽　（第三百三十一圖）此患多係四十餘歲之人。初起猶如喉莿過長。由會厭底或聲帶或喉摺而生。漸次侵淫。累及深淺之胭。或壞喉朋。後延至舌底。累及食管與喉。　此症發現於喉內時。大約僅累及一側。以至聲嘶或失音。兼激惹喉使人常咳。咳出帶血之膿性痰。其痰或甚臭。淋巴腺不大受累。但患既散佈而累及繞喉之胭。則淋巴腺增大。呼吸更難。其人即虛弱無救。此症之痛。令人難以忍受。且其痛累及食管及喉與耳等處。　治法。初起時可用剖牌朋術刮

淨喉。或以火烙烙之。可期其痊。若爲時過久。可去其喉之一半。或全去之。並盡除其受累之淋巴腺。甚至去其舌與喉壁之部份。然此症既甚廣延。恐難去根。不過減少其狀耳。若須用剖總氣管術亦無不可。

急性及慢性朒衣炎 Acute and chronic perichondritis　此患每令朒衣生瘴。致朒盡壞。　急性者係膿稚或外傷所致。常有於患熱症後而起者。如瘢症等。其喉甚痛。體溫升高。嚥難　聲嘶。若泗膜腫。則喉口卽痳腫。而呼吸亦促。其瘴穿頭。向喉內或喉外不定。如剖開視之。可見其朒光滑或盡壞。　治法。初起者可敷熱濕布。若喉外已腫。呼吸艱難。則宜割至朒。倘仍無效。則宜施剖總氣管術。

慢性者。多係瘰癧痘等患所致。生瘴甚緩。周身之狀較輕。終則其朒必壞而無用。　若瘴欲外穿。則宜由外剖開。設能由喉內治之尤善。如有死朒片。須由外割口取之。或剖牌朒治之。此後每致喉口狹窄。及畸形之患。故宜常用總氣管筩。

呼吸道手術 OPERATIONS UPON THE AIR PASSAGES

(一)骺下喉剖術 Sub-hyoid pharyngotomy　馬勒根氏 Malgaigne 始發明此術。爲達至喉之上部而除外物。或用以治喉瘰。乃於牌與骺之中間開一橫口。隨卽剖開喉。又由舌底移開會厭。第三百三十二圖 I 此法非常用者。亦宜少用。　更有一善法。卽橫剖喉術。以刀由骺之正中豎剖其骨。其刀口由頦中線起。至牌朒止。可由骺之上或下以開其喉。則舌根及喉後壁或喉上部卽顯露矣。但須先用總氣管剖術。余曾用此法除會厭及舌後之鱗脿疽。與喉後壁之疕。甚覺便利。

(二)牌朒剖術 Thyrotomy　第三百三十二圖 II 此法乃在牌朒開一豎口。爲取出其外物或瘤。或除喉瘰症

之根或疽等。即先用總氣管剖術。又在氣管筒四圍以物塞之也。其法於頸中開一口。由骷骨至嗓環腡。將環牌筋帶顯明。以刀橫割斷。又用刀或剪或小鋸。將牌腡從中割開。分離兩旁。隨即剖嗓。當縫口之時。須留心使諸聲帶對正。不然則有碍於發聲。欲免此弊。宜於未割之先。在牌腡橫劃一道爲記。乃爲善法。

(三)嗓割取術 Laryngectomy 此術甚險。非惡症不宜用。按瘤之部位而定其全取或半取。若瘤僅限於一側。則去此一側頗有效果。且無碍於發聲。若瘤佔嗓兩側。即將全嗓割去。雖不用假嗓代之。病者亦能微語。若瘤已累及嗓外。即用此術亦罕有效。

全去嗓術。即在頸中開一豎口。由骷骨下至嗓環腡。

第三百三十二圖

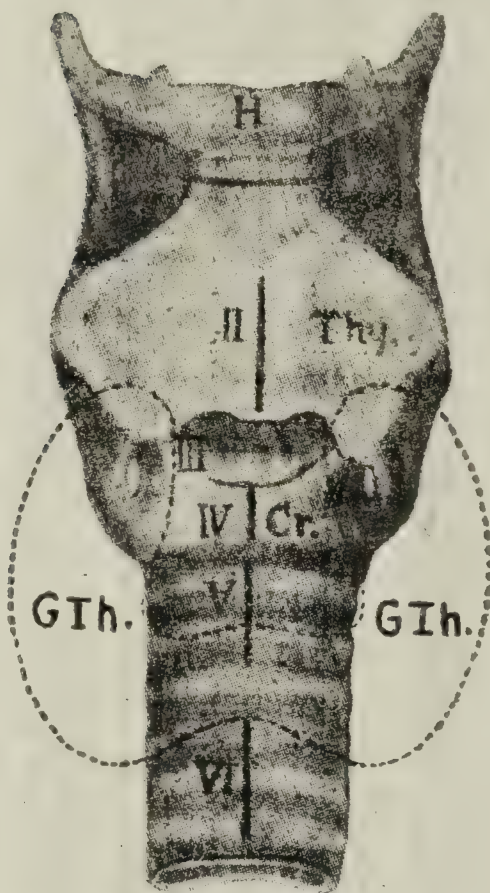


Fig. 332 OPERATIONS ON THE AIR PASSAGES
I, Subhyoid pharyngotomy; II, thyrotomy; III, laryngotomy; IV, cricotomy; V, high tracheotomy; VI, low tracheotomy; H., hyoid bone; Thy., thyroid cartilage; Cr., cricoid; G. Th., thyroid gland.

I 骷下喉剖術 II 牌腡剖術 III 嗓剖術 IV 嗓環腡剖術 V 總氣管高剖術 VI 總氣管低剖術

Cr. 嗓環腡 G.Th. 牌腺 H. 骷骨 Thy. 牌腡

隨由脾胍旁用骨銼剝開軟膶。其骯髂肌、骯脾肌、及脾髂肌。乃由肌末割離。用二線將脾橋雙縛之。由中割斷。或將總氣管斜割開。以氣管下端縫於割口下角。或於割口下將皮再割一口。縫於皮上。又割斷脾胍。俾顯明其患之大小。若患只限於嗓內。可由下而去之。卽由髂骨相平處。在二骯髃顳肌之間斷之。以便取出。其與嗓相連之物。卽喉上下中嚥肌。嗓環胍及脾胍等。可牽向前而剪斷之。並將嗓與喉前壁分離。若能不傷該壁更善。其脾髂膜及會厭底亦須割斷。後卽整潔脾上角。且割斷脾髂旁筋帶。若病未延出嗓外。醫士可挨近嗓旁割之。此等手術。旣不甚險。亦不甚難。若病已累及舌底諸膶。則須另佐以他法。以便盡行割去。曾有將食管上段一併去之者。手術旣畢。卽將食管之割處縫合。隨以肌覆之。若能縫其皮。亦須將皮縫閉。如此可望其順瘉。且食管與氣道亦能隔離也。惟終不能發聲。只唧唧咕咕而已。但能設法補以器具。則聲音或可稍宏。有時割口不能如此縫閉。必宜塞以紗條。俟其自生肉芽而瘉。　若於施割術時。去食管一塊。有時可割旁皮一片遮補之。或不能如此。則中插一橡皮管。俟其結瘢。再行取出。如此則食管不至長實。飲食可由此而入也。又有一法。卽用一橡皮管。由喉所留而未縫之口插入。循皮外面通至胃處所割之口。飲食可循此管入胃。其橡皮管以衣服遮之。　若病在嗓一側。則由脾胍之中線割開。取去嗓之一半可也。

(四)嗓剖術 Laryngotomy　此法罕用。不過遇有呼吸被阻將死。用此法使能呼吸以救其生命而已。有時嗓內有異物。或嗓痙。或割病之際。血塊流至嗓內。亦用此術。其法乃於嗓前中線割一豎口。

隨卽橫割斷環牌筋膜。第三百三十二圖III 將二骬骺肌分推於兩旁。卽置氣管筒於嗓內。有時必縛牌上動脈之環牌枝。若爲患甚急。卽用小刀橫割一小口。直至嗓內。任用一具。撐開刀口。若患不急。則用總氣管高剖術爲妙。因置筒於環牌間。其嗓甚受激惹。且成瘢而縮小。或有碍於發聲。又施此剖嗓術。必用一特筒。其腔爲橫扁圓形。 在小兒之嗓。着手處窄小。故須兼割嗓環肕。及氣管第一環肕。俾其寬大。此名嗓環肕剖術。又名嗓總氣管剖術。第三百三十二圖IV Cricotomy or Laryngo-tracheotomy

總氣管剖術 Tracheotomy

總氣管環肕之數有十六至二十。其中有六七列於骬骨上邊。第三四被牌腺橋遮之。故施總氣管剖術。常在牌腺之上或下。有時將牌腺橋割斷。凡甚阻呼吸之病。必皆施總氣管剖術。如各種嗓炎。卽嗓痳腫、白喉症、氣管狹窄、或瘤症等。亦有嗓癱。嗓有異物。氣管異物。總氣管異物。又因嗓外有瘤壓嗓。或壓總氣管。如牌腺惡瘤。或於口舌喉嗓施手術。懼有氣閉之弊。或懼有血或膿流入肺。致生膿性炎等。凡此諸類。則先用總氣管剖術。施此術於牌腺橋上。較施於牌腺下更妙。因所冒之險少也。若嗓生瘤已累及橋上。或欲取出氣管與總氣管內之異物。則不如在橋下施此割術。

總氣管高剖術 High tracheotomy 第三百三十二圖V 令病者仰臥。頸下置一沙囊或枕。俾嗓諸胴緊張。肩微墊高。頭畧下垂。若用哥羅方可僅施於割皮之際。倘呼吸甚顯被阻。不如用單處麻法。再令病者之頭正向上而不偏。醫者捫其環肕認定而不疑。卽在此直向下割一口。約長寸半。割開淺筋膜。並尋

兩骶骷肌之間。使之分離。再用兩鈍鈎。一鈎此側。一鈎彼側扯開。只用一人爲之。取其用力均也。牌腺橋卽露出。　若橋佔地過高。卽橫割其上廉之筋膜。推之向下。用刀柄與解剖鑷。顯明總氣管。又以銳鈎鈎環朌之下廉。使總氣管穩而不動。將傷口之血拭乾。以刀刺入總氣管。向上割斷二朌環。於是病者則大吸氣。繼則咳嗽。若因白喉症施此術。醫者宜謹愼。勿使痰與白喉膜入己之口鼻及眼。置氣管筒之難易。乃在病者年齡之大小。與病狀之緩急。及氣管之淺深。先將刀柄扁插於割口內而翻轉之。俾割口張大。或用二鑷亦可。則氣管筒易入矣。筒旣插入。病者之呼吸速卽平勻而安靜。再用穿帶穿氣管筒邊之孔作結。又將帶繞頸。使筒不移。於皮及筒邊之間敷紗布數層。

總氣管低剖術 Low tracheotomy 第三百三十二圖 VI　此術與高剖術畧異。割口低下幾至骶骨。割口雖向下。然其深部萬不可距骶骨太近。刀口下端至少必離骶骨一指之寬。蓋恐割其與心包膜相連之頸筋膜。或傷首臂靜脈也。卽將淺筋膜割斷。用牽開具牽開骶骷骶牌二肌。牌下靜脈卽必露出。此靜脈在呼吸被阻時則漲大。是以宜用鈎牽開。或縛而割斷。繼則將靜脈後之深筋膜割斷。使總氣管露出。其後所用之法。與上所論者同。

總氣管筒。Tracheotomy tube　此筒有數種。最通用者乃雙套筒。便於取出潔淨之。內筒較外筒畧長。不然取出內筒之際。仍有洄存於外筒以阻其孔。外筒有一橫片。以便穩妥繫帶之用。有琶克氏 Parker 氣管筒見圖 其形與氣管恰合。兼有引具。故入之甚易。　又有雙葉氣管筒。Bivalve tube 乃左右

連一橫片而成。當插氣管時。捏之使兩葉相貼。故入之甚易。然醫士宜愼重行之。勿使一葉插於氣管內。一葉在肌間。若然則內筒不能入也。　施總氣管剖術。免血流入肺。有兩種氣管筒用之甚宜。(一)罕氏之筒。Hahn 外筒包一薄層海絨。海絨經濕則漲。以阻血下流。　(二)吞德倫孛氏氣塞子。Trendelenburg's air tampon　外筒外面有一薄層庫秋鞘。此鞘以氣吹之卽漲大。亦能阻血下流。

第三百三十三圖

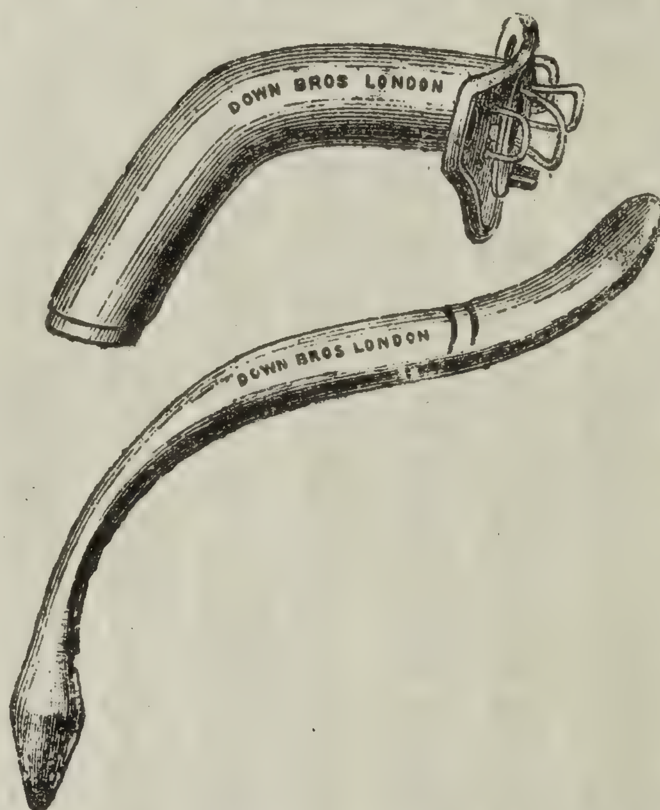


Fig. 333 PARKER'S TRACHEOTOMY TUBE AND INTRODUCER

琶克氏氣管筒及引筒具

總氣管剖術之難險

以上所論之剖術。學者讀之似易。有時實難而有險。蓋作此必宜甚速。且恐無人襄助。或燈光不足。及血管盈血等。故施此術者。必心安手穩。較之僅熟於解剖學者。尤勝一等矣。　治此病之難險有七列下。

(一)病者半氣閉。用迷蒙藥恐其嗓痙攣而呼吸停止。故不如用單處痲木法。且用乙猶卡印。Beta-Eucaine　與腎上腺精甚宜。　(二)有時氣管尋之不易。如小兒肥胖。或脾腺橋過大。或胸腺延至頸者。有時總氣管被推至一旁。必小心用指捫之。方能尋出。但此類罕見。故於中線尋之爲宜。(三)流血過多。此血多半從頸前靜脈。與脾下靜脈羅流出。若可緩行施治。可先用脈鑷止血。後開

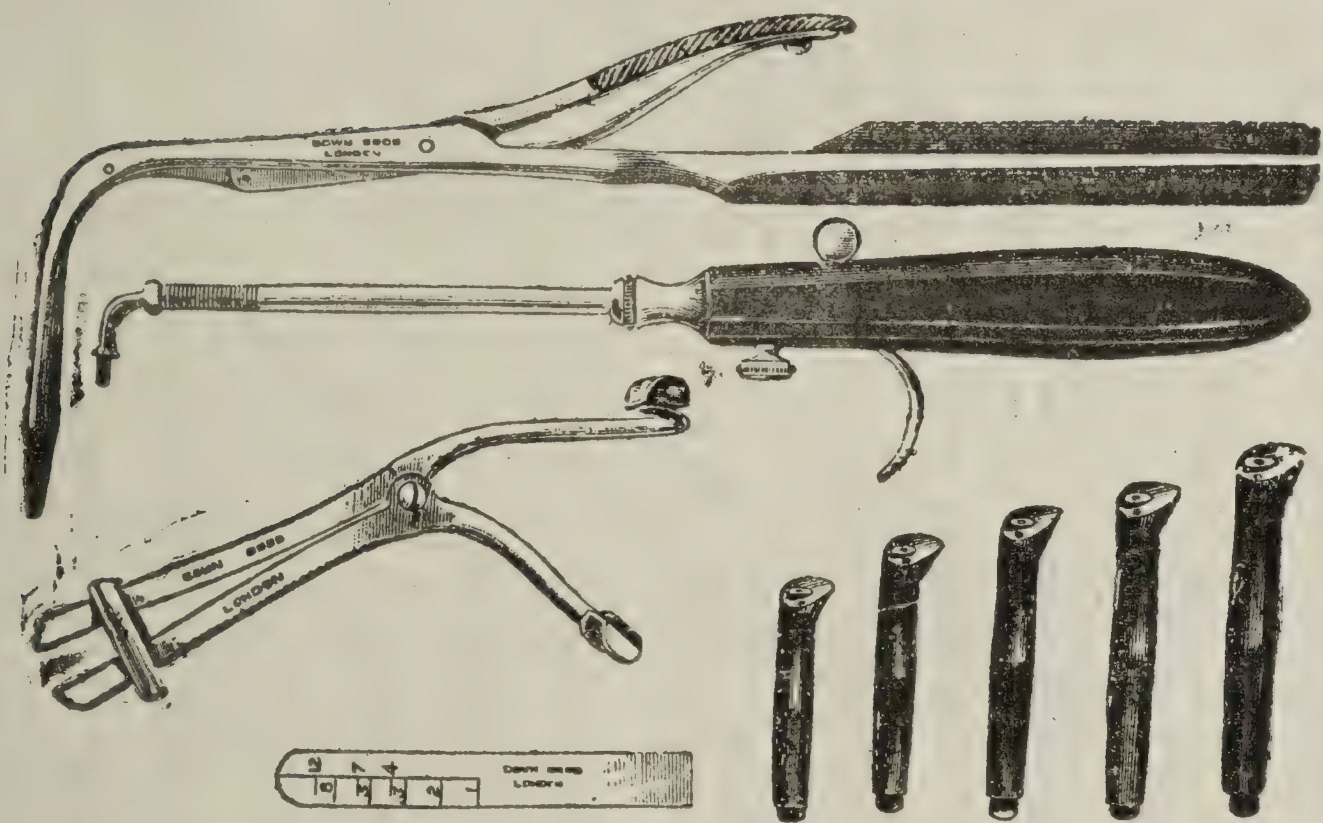
總氣管。若病狀甚急。不用脈鑷亦可。因呼吸既通氣管筒。血流卽止。總氣管前之左首臂靜脈。少有高至骶骨之上者。然用此手術時。不可不記此靜脈也。在百人中有八人。其升牌動脈從首臂動脈起。順總氣管前。至牌腺橋。若割斷此脈。則易於束縛。若血多吸入肺內。或致膿性肺炎。（四）空氣吸入靜脈。此甚罕見。因該脈內之壓力增大。空氣不易入也。（五）有時人不謹慎。用刀以開氣管。則易致害。若不先用銳鈎鈎住氣管。更不能免。刀入氣管時。刀背宜向骶骨。從下向上割之。凡小兒之氣管皆小。若有氣促。則總氣管上下活動甚速。如迷蒙未至滿足。則顯手舞足蹈之狀。故醫者遇此大爲困難。因此之故而頸大血管。或食管。或脊骨體受傷者不少也。（六）總氣管方割開時。病者咳嗽劇烈。有時咳嗽甚久。不易置氣管筒。如此者可用氣管展具展開刀口。以可卡印刷洒膜。（七）置氣管筒時。若仍不去其所鈎之銳鈎。則筒易入。不然恐易致筒未入氣管。而入氣管前面筋膜下。或氣管旁筋膜下之錯誤。若係雙葉氣管筒。用之不善。則一葉入氣管。一葉入肌間。若有甚堅之白喉膜。亦屬困難。蓋筒雖入氣管內。但未穿破白喉膜。此不獨不助其呼吸。而反阻之也。惟然。若因白喉症用剖術。宜將總氣管割一大口展開。細查氣管內。然後置氣管筒。有醫士用防稚紗塞於嗓下部。免使氣管筒上之白喉膜向下長。

後療法　令病者臥於牀。房內之温度宜恒有七十五度(法)。不可增減。屋內宜多含水氣。用一二壺盛水置火上。則水常沸而氣騰。以助滋潤口鼻之呼吸。臥牀以帳遮風。筒口無庸覆蓋。恐阻呼吸。

且免其咳痰或白喉膜被阻。而不易外出。若以紗等物蓋筒口。則所咯出之質。必貼於紗上。仍返入肺中。最易傳白喉症入肺。或使起膿性肺炎。故晝夜宜有看護侍其旁。見有呼出之質。即行拭去。內筒看護宜一日取出二三次潔淨。若有乾膿液。宜用鈉氫碳强礬水百分之四洗之。醫者亦每日宜將外筒取出一次洗淨。若病者氣管內積有多涸甚阻呼吸。可用雞翎由氣管筒內掃出。然患白喉症者萬不可用。宜用吸具令氣管潔淨。但醫者不可用己口吸之。因有由此染白喉症而死者。氣管筒置於氣管內。其時期之久暫無定。但愈早取出愈妙。因存留太久。恐後有碍於發聲。其內筒之上部份有數小孔。乃爲稍容空氣由此達至嗓。故醫士以指塞筒之外口。而病者之呼吸不爲所阻。即可以將筒撤去而不用矣。

總氣管剖術之後患 (甲)若所用之氣管筒與氣管不適宜。則使氣管潰瘍。若筒過彎。則激惹氣管之前壁。亦有因此故左首臂靜脈被穿破而死者。若彎不及度。則觸後壁而穿入食管。若病者必須久置氣管筒。則以庫秋製者爲妙。 (乙)有數類染患。可累及傷口。致連網發炎。或有流血之患。若總氣管低剖術。傷口之連網受累。則更危險。蓋恐下延至膻也。若係白喉症之割口。亦有時被白喉症傳染。 (丙)若寒氣或乾氣或白喉症稀膿稀之質。被病者吸入。恐致總氣管炎或氣管炎或肺炎。 (丁)撤筒後呼吸或甚難。因有肉芽網塞於總氣管腔。或因氣管或嗓縮窄。或因嗓內展肌癱所致。患白喉症者更甚。或皮之瘢痕與涸膜相貼。致總氣管偏。氣管因之變小。若欲診斷阻碍

第三百三十四圖



俄待耳氏喉筒具圖

Fig. 334 O'DWYER'S INTUBATION APPARATUS

The cannulæ are seen below on the right; a hinged inner tube passes throughout the length of each and the upper end of this is screwed to the extremity of the introducer seen in the middle; when it has been inserted into the larynx, the trigger of the introducer is drawn, and by this means the inner tube is loosened and can be easily removed, leaving the cannula in position. To extract the tube, the rectangular forceps represented at the top is utilised; the point of the forceps is inserted into the top of the cannula, and then by opening the blades the cannula is fixed and can be withdrawn. A useful type of unilateral gag is also represented, and a small gauge to indicate the size of cannula required at different ages.

圖右側下即筒形筒內有合葉筒合葉筒上端可用螺絲柄持之(此柄形在圖之中)筒旣揷於喉內則按螺柄之發機而內筒即放鬆則能取出而外筒仍存於喉內取外筒時須用圖上所繪之鑷將鑷頭揷入筒內而張開撐緊則筒即可取出圖內有張口之小具又有度具指明依人之年齡之大小須用何筒

呼吸之故可用驗喉鏡查之。或細查傷口及總氣管上部。若有肉芽腫。可施迷蒙藥而刮去之。或刷以潰藥。若喉變窄。則用俄待耳氏筒 O'Dwyer's tube 張開

之。若氣管變窄。可割去窄處。若嗓癱。可用電法治之。 (戊)若病者必須終身用氣管筒。宜戒其沐浴時。勿以頭頸沒於水內。盖有因此而淹死者。

插嗓通筒法 Intubation of larynx 欲免總氣管剖術必有之危險。可用此法。以合度之嗓筒。由口插入嗓內。其送筒入內之具。必有一特製之柄。最合用者。乃俄待耳氏筒。下端形橢。故易通過兩聲帶之間。上端較大。坐於嗓上口而不至下墜。用此筒必須更換。盖恐洇膜潰蝕也。 嗓窄或嗓口瘀腫。此法甚善。若白喉症則不適宜。恐小筒將白喉症膜推下也。用此法治白喉症。其死數與用總氣管剖術同。即百分之三十。

肋骨及骯骨症 AFFECTIONS OF THE RIBS AND STERNUM

骨折 已論於前。茲不復贅。第三百九十八九頁

急膿性炎 此罕見於肋骯諸骨。但有時小兒患急性骨髓炎。以致骨死。此患多因癥症而致。大約係慢性炎類。能使骨癱而死。此症之桿稽。最喜匿於骨胭內。故僅用刮術則不足。必割去骨一部份。庶可絕其病根。

瘰症 此患起於骯骨。較起於肋骨者多見。大半患於骯骨之上部。其特狀、乃於骨之內外生瘰瘤。致骨被蝕或死。 治法。將死骨片取出。隨服鋏氯鹽與銤即瘉。 若肋骨患瘰症。每於瘰之第三

期發骨衣炎。或肕衣炎。越數星期。卽現有圓橢形之瘤。不痛。捫之亦不覺痛。宜審愼診斷。恐誤認爲瘰或惡瘤也。須問明病之來歷。如有所疑。可服鉀氯鹽卽曉然矣。

瘰症　此患起於肋骨者。較起於骬骨者多。肋骨瘰。其原發性或係骨髓炎。骨髓被累甚潤。但亦有繼起者。乃由鄰近之瘰所致。如脊骨胸膜等處。此繼起類。起於骨衣下。同時累及數肋。此症多見於少年人。常累及肋中部。或發於肋骨與肋肕相連之處。其發於肋骨之狀。與發於他骨者無異。卽骨癤骨死及骨瘻是也。瘻穴大半居於肋骨之外側。或如重瓠形。一穴在胸內。一穴在胸外。二者爲一窄頸通連。　治法。須用斷根療法。若只用刮法及滅穢法恐有不足。須將肋骨一大塊及瘻穴一並割去。　瘰症累及骬骨。與累及他處同。其瘻或穿於骬骨之中間。或由骬後向肋間處穿出。　治法。須將瘻割去。或刮淨瘻壁。其骨或用蛾眉鑿或骨剪除去一份。卽可至病之起源處。

瘤　此瘤多係肕瘤或肕疕。肕瘤多起於肋。肕疕多生於骬。皆不甚痛。故患是症者求治遲緩。日久則瘤與胸膜粘着。或侵入肺中。在初起。有時可以割去。但割去之後。若不用特法防之。恐肺收縮。第八百六十四頁

肺及胸膜穴之病　SURGICAL AFFECTIONS OF LUNGS AND PLEURAL CAVITIES

不穿入肺之傷　此由胸受猛力而致。肋骨折或不折無定。其傷或係撕性或係痡性。

(二)痏傷 每因肋骨未折而壓之也。其狀胸旁甚痛。腦力暫衰。咳畧帶血。後則肺與胸膜皆發炎。肺响隱沒。或有擦聲。 治法。令病者靜臥於煖室。精細調理全身之功用。以貼膏止其胸旁之痛。

(三)撕破 此多由直接猛力肋骨被折所致。其狀之輕重。在乎傷之大小。大則腦力猝衰。胸旁疼痛。呼吸艱難。不久即顯流血之狀。即吐血。或血積於胸穴內。若傷小。病者則常有被惹之咳嗽。亦多吐帶血之痰沫。若撕傷大而累及肺脈大枝。血即湧出。甚至暈倒而死。或有因血充盈大氣管。致氣閉而死者。 若血多積於胸穴。致肺被壓。亦能殞命。其狀乃於受傷後胸旁有一處顯有暗响。漸上延而展大。且呼吸聲及語顫隱沒。然無發炎之狀。只因流血顯全身狀而已。

因肺氣脬已破。氣或走入胸膜穴。即成氣胸。 Pneumothorax 或走入絨連網內。即成連網氣瘨。又名外科氣瘨。 Surgical emphysema 若胸膜穴積氣。必致肺縮。若肺驟然全縮。即大有碍於呼吸。或致氣促。或兼顯宜起坐的呼吸 Orthopnea 之狀。若胸膜穴之積氣不多。或由漸積滿。而未受壓之肺無恙。則無甚大碍於呼吸也。若肺破裂。有氣經肺而入胸膜穴。此氣因既經過肺脬。則即無穢。故不使肺膜內液變壞成膿。其積氣之徵。叩診之有如鼓聲。聽診之有空甕呼吸聲。 Amphoric breathing 或有玎璫之響。撕破處將癒時。空甕呼吸聲即止。迨胸膜穴之氣漸消。而肺亦即漸次舒張。但須越四五日方可至此。若有血積於胸膜穴內。此名曰血氣胸。醫者若以兩手握病者之肩而搖之。則聞有滌盪聲。若有外科氣瘨。即指明肺及胸壁均受傷而相離。致氣蓄於其間。此謂爲有限氣胸。病者每吸時即

有氣進入胸膜穴。呼時則有氣由此處經傷口而入絨連腡內。甚或由此而延至全身。皮下氣痕之處。捫之有沸聲。若氣痕不甚濶。則無關緊要。盖肺之傷口將癒。而所破之肺脬即不露氣。其絨連腡內之氣卽速消散矣。亦有肺間而顯氣痕者。其胸壁未受傷。而氣則由肺脬洩出。隨脬間之連腡至肺根。後則至頸之下部。此最爲險兆。以上所論。乃肺受損傷常見之狀。其後患約係該處之胸及肺畧發炎。體溫畧高。或咳出鉄銹色之痰。氣甚迫促。劇者有時因氣閉而死。

穿入肺之傷　此傷多由直接猛力而致。肋亦被折。其狀與肺撕破無異。所不同之處。因胸壁穿破。血能外流。而穉亦能由此入內也。此血由肋間動脈。或胸直動脈。或被傷之肺而來。穉卽隨氣入胸膜穴。致肺及胸膜之順性炎。變成膿性炎。或成膿胸。且其肺炎蔓延。終則或致生膿。亦或成[illegible]。有時成外科氣痕之患。因吸時外面之空氣可由胸壁傷口入胸膜穴內。呼時則不能出。因胸壁傷口兩邊復合而阻之也。至於連腡氣痕之患。卽肺未受傷。亦常有之。

治法　若肺被撕破而皮未破者。病者宜靜臥於煖室。並用貼膏貼其胸壁。若肋折而刺肺者。卽不宜用貼膏壓其胸壁。恐折骨益入內而傷愈重也。　若咳血不止。則宜十分靜臥。口內含冰。兼用了葛注射於皮下。或將了葛、鴉片、硫強酸三者調和服之。若煩燥不安。可多加鴉片。亦可注射乳礎強礬於肛內。Calcii Lactas　最忌激性藥類。恐血復流也。所積於胸穴之血。速凝而易消散。故無庸特法治之。有時血極盛而壓肺。致呼吸艱難。可用吸具將血吸出。若血已凝不能吸出。則割開胸膜穴。

將血塊取出。然施此手術不可過早。必待受傷之血管內之血凝結始可行之。有時胸壁未破。胸膜穴內之血變腐。因染膿性稵。或由血被運。或自受傷氣管而來。由是生膿發熱。故必割開胸膜穴。置引流筒。使之流出。

純性氣胸多不用外科治法。因積於胸內之氣速被啸散。而肺復原。若不啸散。則呼吸甚難。宜用吸具將氣吸出。如不能吸出。或吸出而復積。肺卽不能復原。因穴內之氣阻隔。肺不勝其壓力也。可割開胸壁。令病者力吹或力咳之。則穴內之氣可由傷口而出。此法能使喙口緊閉。致好肺之氣入傷肺。而使之復張。

若呼吸暫有滯碍。吸氰氣卽可減輕。如呼吸甚難。則宜減血之壓力。俾好肺之血減少。使病者吸氰呼碳之工足用。若病可緩治。則每四至六小時服銻酒十至十五滴。Vin. Antimon. 0.60－1.00 與鉀醋攀藥液之足分劑。若病甚急。皮色青紫。因氣閉恐其速死。可用靜脈剖術。使血速於流出。則呼吸通利而暫痊矣。然此術不能爲長久之計。施割術後。仍須服藥。其藥尙未顯效時。卽施此術二三次亦可。

穿入性傷。治法較難。傷口四圍之皮。務須潔淨。小心由傷口探查其肋骨折否。或衣服亦帶入內否。或有無鎗子及異物。宜十分小心輕手將內物取出。不可令探針探入胸膜穴內。因肺內之血塊最易移開而血復流也。若宜殺傷口之稵。可用卡波利酸或氯酒抹之。較勝於灌洗。又用無稵之乾敷料敷傷口。不必用引流管。

必速用外科手術者。只有兩患。卽血流。及肺突露。　血流又分二類。(一)胸壁血流。(二)肺血流。

胸壁血流。其血由胸壁(卽肋間動脈或胸直動脈)而來。或由肺而來。頗難判定。由胸壁來者。(甲)大約不兼咳血。(乙)心每縮時血流益多。(丙)以指壓之血流可止。血由胸直動脈來者。其止法見二百十三頁。

肺血流不易止之。可令病者靜臥不動。置氷於胸旁。服止血藥。此法可令胸膜穴內之血凝結。以塞住血流處。若將胸壁傷口塞住。血卽不能走漏。而凝結亦速。若其患重。無法止其血流。必待腦力虛脫至極。血流自止。此時可在靜脈或皮下施注射鹽水術。以助病者渡此九死一生之時。卽可痊癒。

近有外科士割開胸壁一大片(內含數肋之部份)將片翻上。可觀其病勢醫之。但此法若非有特故則不可用。

後療法。與不穿入者無異。若胸膜發膿性炎。可開大傷口。去肋一部份。置引流管。與治膿胸法同。

肺疝又名肺凸脫 Hernia of the lung or Pneumocele　此病罕見。乃肺有一部份由胸壁皮下之口臟出。有時此患忽然而發。因肋間肌及胸膜扯破。亦有因胸壁瘢痕漸鬆緩而致者。此多在第五肋間處。亦有時在頸根臟出。初起胸壁有一圓凸處。咳嗽或呼吸則增大。呼吸止則或消無。以指捫之。猶如蠟紙聲。用聽診法則聞肺脬大鳴。　治法可用特別疝帶。或用墊壓之。

肺脫露 Prolapse　此因胸壁傷而皮破。令肺之一部份露出也。宜將露出之肺送回。使之復原。再縫妥傷口。不然恐被傷口所勒而成疳也。若已成疳。宜先以線縛之而割去。再縫其傷口。

膿胸 Empyema　卽胸膜穴內積膿也。有繼急性肺炎而起者。亦有先患順性胸膜炎。或因外傷。或

肺瘵症所致者。有時全胸穴俱受累。或只一部份受累。若係腹內生膿而致者。其膿則積於肺底。亦有其膿積於肺葉之間者。此甚難診斷。按稽學家所查出者。小兒患此症。大半因肺炎點稽。或兼有鍊點稽所致。大人患此。因鍊點稽致者爲最多。其病狀與形跡。在此只畧論之。病者呼吸時。患側不動。肋間處向外凸。叩診之有暗响。在髃骨下則不然。乃有鼓聲。聽診之。則呼吸在脊槽有氣管聲。但本側他處皆無此聲。亦無語顫。體温較高。呼吸畧難。血白脒加多。其心及他內臟或被推至彼側。單處膿胸之病狀與上同。然不若是之重。有時居於左側近心包處。故心摶動藉膿傳至胸壁。觀之能見。捫之能覺。此名曰摶動性膿胸。Pulsating empyema 若日久不治。膿則漸至皮面。穿破而出。其破處約於胸前之第五或第六肋間處。亦有由第二肋間處穿破者。因此處之血管較大故也。

膿胸初起。胸膜不大改變。然其面只有一層淋巴掩蓋之。日久此淋巴漸堅。卽成瘢性筋網。並生一層肉芽網。與他類慢性瘴壁同。肺收縮向後近脊骨旁。在初期其脬形不變。若早將膿吸出。則肺因空氣之壓力卽能復原。患久者則不然。必有碍於肺之舒張。卽因胸膜肺層太厚。與空氣壓力相抗。並因肺受侵及變硬。如此雖出盡胸穴之膿。肺仍不能復張。然有天然數法能補其缺。而充實胸穴膜。(甲) 彼肺張而長大。與心伸過彼面。 (乙) 腹臟及膈移上。 (丙) 胸壁凹入。而脊骨旁曲凸向好側。 (丁) 胸膜多生肉芽網。有因此而得瘉者。亦有不見功效者。因其內仍有空處。其空處之壁有膿性厚膜。其所流出者。按其曾否被稽染。而有膿或血清之分。若如此必施大手術。始可痊瘉。

診斷　留心視病之形跡。則診斷不難。若仍不確。可用合宜之無稚空針刺入。試其有膿否。其法先將皮推向上或向下。然後以針刺於肋骨之上廉。因刺時將皮推緊。故針取出後。則皮復原。皮與肌之針孔兩相錯而不正對。是以氣不能入。膿亦不能出也。

判症結局　最要者。卽細查膿內係何穉。若係肺炎黏穉。其膿胸則不甚烈。只將膿吸出卽癒。若係他類生膿之黏穉。病卽劇烈。須用引流法。或割去肋一部份以治之。若有瘰枰穉則尤重。無論係上何種穉。苟雜有他穉。則病更重。難以痊癒。且視其症之久否而異。若爲時不久。則大有望。日久者。愈久愈少有望焉。因肺與胸壁已成粘着。肺不易復張也。膿之形色。以其所染之穉而異。肺炎黏穉。膿色黃。似乳。且多有血絲性膜。若鏈點穉。膿則淡。且似油。

治法　不可遲延。愈早愈妙。　吸引法。　先用吸引具將膿吸出。若由肺炎黏穉而致者。用此法或可痊癒。但其大用。乃係查視病係何類。胸穴積液甚多而心移位者。用此法心則逐漸復位。隨可施迷蒙藥。用大手術。則可減輕其危險。若係小兒雙側膿胸。宜先用此法減其急狀。爲施手術之預備。先將兩側之膿吸出。後開其一側。置引流管。越數日再開彼側。　引流法。　大抵多在胸壁開一口。並割取肋一塊。否則恐引流管被壓於二肋之間。惟小兒更宜如是爲之。其開胸壁之處無定。醫家各執其說。然須使膿易於引出。可在胸後開口爲妙。卽第九肋間處。在髆綫髎外。因小兒肺炎性之膿胸。無庸久用引流管也。故於第五或第六肋間處開口亦可。（卽腋中線署後之處）除小兒可用此法外。其

餘無論何等膿胸。於此處開口恐無濟於病。盖必在後面開口方佳。其法循一肋割一口。長約寸半。用剝骨衣具使骨衣離骨之內外二面。再用骨剪剪去肋一片。至少須長一寸。隨於胸膜壁層開一口。大可容指。查探穴內。使血絲所成之塊易於取出。後置大引流管。其長短以僅至胸膜內爲度。不可深入內面。須將管縫於皮面。速嚴盖管口。恐其有未濾之氣侵入也。施手術及換藥之時宜小心。勿致引流管自墜於胸膜穴內。　昔有醫此病者。用藥水將膿洗出。近則知其無用。且有危險。因此而死者亦有之。約係藥水激顫臟腑腦經之反應而然也。但慢性已染雜穢者。可用此法洗之。用此法時。宜謹慎者有四。　(一)所用之藥水必無穢。且無激腑之性。　(二)不可太冷亦不可太熱。必與身體之溫度相同。　(三)藥水射力不可過大。致衝胸膜。　(四)必設法令藥水易於流出。恐水積於其內而壓肺。

若早用此類治法。可期其肺復張。穴內液漸減。傷口不久卽癒。但亦有不見效時。若傷口成瘺。內有空處。其壁則生膿膜。所流出之膿多少不定。如是之患。若欲其速癒。須用厄司蘭德氏手術。Estlander's operation　除去胸壁中之硬者。在腋中綫開一口。剔起肋骨之骨衣。按其病勢割去數條肋骨一部份。亦有時必多去之方妙。隨將瘺道開大。刮其胸膜穴內變壞之腑或死腑而洗出之。胸壁卽向內塌。至胸膜之壁層與肺層彼此相貼。遂置引流管。用布條纏緊。　又有一法。與此法畧同。不但割去肋骨。卽肋間腑亦皆割去。致皮片所附之肌腑。貼於所遺胸膜之深層。　用此類手術後。其胸必

成畸形。令所割之旁軟弱至極。故有將數條肋之前後端割去。而留其中部。令中部塌下者。則胸之骨壁不致大缺。　更有一法。乃剝去肺面上變厚之膜。令肺仍能復張。若肺已變硬。則此法無效。亦有用此法致肺染穢性重炎。以至於死。故此法恐不宜用。按使肺復張。不盡在乎醫者之治法。其中亦必有病者之自爲力以助之。卽用大力呼氣。或吹筒及吹笛等事。

胸內之外科術　此術至今未見進步。因胸穴開後。多有致成氣胸之弊。按生理學家所論。凡開胸穴。此弊必不能免。但不至於此者。因胸膜肺層與胸膜壁層甚有粘性而相貼。故外面之氣壓不易使之相離也。但所開之口畧大。或用指探查其胸穴。必成氣胸之患。甚有妨害。或致人於死。欲免此患。須於開胸穴時。用法使肺脬內之氣壓畧大於胸穴內之氣壓方可。其法有二。

(一)掃耳布什氏閣法。Sauerbruch's chamber　此係一不透氣之小室。其大小足容醫士及副醫與病者之身。病者之頭露於閣外。頸處墊以庫秋領。其中之光。必須適宜。凡一切用具均置於內。旣將門窗閉嚴。隨用吸氣器吸出其中之氣。俾氣壓力減小。雖不致醫等難堪。然足使所露之肺脬不至受壓而塌陷也。

(二)總氣管內吹入法。Intratracheal insufflation　以增肺脬內氣之壓力。見四十五章　用近來所製之伊打吹入具卽成。如厄勒司孛具 Elsberg's apparatus 所應得之壓力。僅足壓十至十二千分米之汞爲止。此法較上更易。其效亦同。

肺剖術 Pneumotomy 此術之爲用不一。其效果亦不同。

（一）此術若施於肺瘰巢。則未有濟。蓋其巢多在肺尖。本自易於引流。且用此術不能斷根。亦因病者甚爲軟弱。恐施術時致腦力猝衰。死則益速。若肺瘰巢居於肺之下端。此術或可用。（二）氣管痕。用此術則無大益。因常不止一氣管痕也。惟臭液甚多而難咳出者。用此術或效。（三）肺疖與肺瘴。此多爲衰弱之人患急膿性肺炎而繼起。所咳之痰多而極臭。按此患平常在肺之下端。欲判定其在何處。可用聽診法。及用空針探之。夫於此症施肺剖術。其功甚大。有多人用此而瘉。但其瘴若係穉串瘴類。此術則無用。因此種瘴非止一處也。（四）肺袋帶虫症。於此患施肺剖術。及引流法。其死數較昔甚少。用之最宜。

論此術之技。首要者卽認定病在何處。且細查其病狀。用空針探之。以資確認。後則割一口。取出一或二三肋之一部份。若肺已粘於胸壁。且無收縮之勢。卽可立施手術。不必待時。若未粘胸壁。則用紗條塞滿傷口二三日。俾環傷口之肺與壁粘貼。將胸膜穴隔斷。亦有將肺膜縫於胸壁膜。以免塌陷者。開肺之法如下。卽用㾏鑷入肺將鑷展開。或用烙器割開。放肺瘴或肺巢之膿。再置引流管。但無庸刮之。亦不可灌洗。盖恐有與大氣管相通之處。

肺割取術 Pneumectomy 曾有醫士用此手術。以治肺尖之瘰。然此舉甚無理。盖瘰果只在肺尖。用衛生療法。大半卽可痊瘉。若徧延於全肺。卽無法去根。亦有人用此法治恶性肺瘤。然恶瘤初

起。多在肺中部。早期診斷亦甚不易。是以不可漫然割取。　但有二症可用此術。卽肺疝被勒及惡性骨瘤。肺疝被勒不能復回者。可先用針刺入疝底縛之。隨卽割去。肋骨惡瘤已侵入肺之淺面者。可用剪剪出。亦用烙或縛或塞法。止其血流。

近有人用人造氣胸術。以治肺瘵。卽將氰氣射入胸膜穴內。但未射之先必將氰氣洗而濾之方可。此術有無療效。尙屬疑問。

心之創傷　WOUNDS OF THE HEART

傷及心及大血管者。常多失其生命。或在頃刻而死。或逾數小時而死。此無庸詳論。然其傷可分爲兩種。卽未穿入及穿入是也。未穿入者。若胸部受大壓力至碎其胸骨刺及心者。如此之傷。雖有最善之外科治法。亦終難奏效。穿入者。居十之九　近來被外科妙手而治癒者。在醫學報告已數見之。其受傷之處多見於右心室。而左心房則最少。傷在左右心房。較傷在左右心室者爲更險。因心室肌較厚。可自止其流血也。其狀況危險與否。則在乎傷口如何。若係小劍等物所傷。較之別種傷最有望。其死之故。有因其心之搏動忽然停止者。有因流血入心包內壓止其動機者。又有因流血過多者。或流於外或流入內　若不至卽死。其所現之病狀。卽腦力猝衰。力耗竭。心搏極弱。或紊亂無序。胸內極痛。氣喘。脈搏細弱至不能捫。隨或成膿性炎。　治法。病者切勿燥動。仰臥於床。頭略低。待至議定其症可割

與否。若不用割。則其傷之外口宜洗至極淨。切不可用指或探針入內探察。恐觸去其傷處之血塊至血再流也。若其症宜割。則先細心用迷蒙藥。以免轉動。後用刀在其胸壁開一合宜之口。成門形片。其片內含第四五兩肋之一部份。將之翻上。隨則大開其心包。輕輕探察其心之傷口。若傷口有血猛烈噴出。常有人以一指或兩指入心房內止之。於心舒時用深縫術縫合心肌。有時亦並縛其心動脈枝。但吾人當知曾在報告中。有數人其心受傷不醫自癒。且能活至數年也。

心包積液 Effusion into the pericardium 無論係漿性或膿性皆可用外科治法。以減其心被壓所顯頹敗之狀。心包既已漲滿。則肺及肺膜推向一側。心包上端亦增大。而提心底向上。致心尖轉向前。心包在肺間顯露之處更濶。可用空針貼近骯骨左側之第五肋間。或離骯骨左廉寸半之第四或第五肋間處。刺入心包。吸出其液。因胸直動脈離骯骨半寸遠。故由此處刺入可免傷該動脈也。有時可由骯骨之右側爲之。 若係膿性心包炎。必開一口。以置引流管。俾膿流出。先割去第四或第五肋舣以露明心包。繼則割開洗出其膿。後再置引流管。施此法最宜小心者。乃防穢染入膻䏁。爲免此弊。須於未開心包之先。將心包縫於胸壁方可。若於肋骯角處開口。置引流管更便。其法如下。在左腹直肌。即骯尾及第七肋舣間割一口。若欲去此肋舣即去之。隨將腹膜壓下。俾骯肋間膈肌之部份露明。由此用引流管則易矣。其時病者必於床直坐。

心解開術 Cardiolysis 此術乃將心前之硬胸壁割取一塊。以軟胸壁代之也。曾有因粘性膻共心

包炎。令心粘貼於胸壁。阻碍心動。用此術減輕其病狀者。亦有因心瓣有病。致心過長而用此術者。所割取之塊。卽第三四五左肋⿰月及。及肋骨端。或⿰骨乞骨少許。若能將⿰月及衣一併割去固善。但有時因該處曾發粘性炎而粘貼若去之難免傷害其下所有之要件。

氣閉　ASPHYXIA

氣閉又名欠氣窒息。此指呼吸動機被阻碍而言也。若阻碍不甚。則名曰氣促。Dyspnea 阻碍甚者。其人須起坐始能呼吸。則名曰宜起坐的呼吸。Orthopnea

病原　（一）因有異常之物阻於呼吸道中。如外物。或由動脈囊流入之血塊。或由瘡流入之膿。或由肺所積之血清。或因氣管發炎之粘液。或粘性膿。或因肺葉炎所滲出之液。或因白喉性膜。又或因不可呼吸之氣。（如氰、氫、碳氧等。）人投水而死者。亦因水入肺內而盡佔其藏氣之地。致其不能呼吸也。

（二）呼吸道壁之病。如呼吸道發炎。或嗓痳腫。或因瘢痕致其道収窄。或因生瘤。或喉受刀傷瘉後而失其原位。或因割去舌之前部。而後部墮入喉內者。

（三）呼吸道外之患。如喉受緊扼。自縊及絞刑等。或爲外瘤所壓。如癭瘤、動脈囊、喉後瘡等皆是。更有髃內端脫臼向後以壓喉者。又有胸內生瘤。或動脈囊。心包積液。或胸穴積液而漸壓呼吸道者。

（四）關於腦經系統之故。如嗓癱。嗓痙或膈癱。或呼吸司所之癱病。如用哥羅方過多。

（五）有多種心病。其血緩運。幾至滿肺。致碳氧二漸難呼出。此卽氣促、起坐的呼吸、及氣閉所由發也。

治法 以上各症之治法。頗難詳細討論。今所論者惟普通之治法而已。首察致病之原。及視其起病之緩急。病由漸而加甚者。則多由胸內症所致。此調治極難。若其病爲卒然而至者。則須解其領及胸衣。以驗有無傷害。繼則張開其口。將舌拖出。以指探入嗓口。驗其是否有物阻於呼吸道中。更須遷移病者至清氣充足之處。用人工呼吸法救之。或用冷熱二水輪流沖其胸次。以激其呼吸。更可用電激其膈腦經。將電之一端置於頸。彼端置於腹上。若病在初起。以氫代空氣亦甚有效。若其症由心之右部脹大而致者。用靜脈剖術最效。若嗓爲物阻。或總氣管內外有物壓之。則須用剖總氣管術。或插嗓通筒術治之。

第三百三十五圖



FIG. 335. TREATMENT OF THE APPARENTLY DROWNED

Movement No. 1

甦生溺水人之法

第一動法

人工呼吸法 Arificial respiration 此法有多種。外科症皆可用之。常用者則爲錫氏 Sylvester 法。施行時。令病者仰臥於床。肩下墊以枕。開其口。將舌拖出。醫者以兩手緊握病者兩臂之肘關節上。隨卽高舉其兩臂過於頭頂。歷二秒鐘之久。使其胸開展。後則推下其兩臂。略壓其肋。使氣呼出。遲二秒鐘。則再高舉其臂。復行落下。一如前法。接續行之。以一分鐘行十五次爲度。醫者切不可用力過猛及太速。若不適中。恐有損而無益也。又有較上稍遜之一法。醫者以二手按病者胸之下部及腹。以壓出肺內之氣。卽忽然離去兩手。使其胸忽然自復。則清氣可由是而入焉。

溺水將死者之治法

須卽時淸潔其人之呼吸道。蓋人溺水時必跳躍輾轉。水則入其總氣管。與洇涎及血和勻。變而爲沫。若欲使此等沫出甚爲不易。必須令其人俯臥。醫者以兩手壓其背。亦可兼用人工呼吸法。然對於此患。錫氏法則非至善也。包氏 Bowles 曾發明一特法。施諸此患極爲合宜。茲將其用法之圖。與其講論錄之於下。當救出其人時。立就該處使之右臥。鬆解其衣服。醫者跪下以潔淨其口及喉。若覺其人呼吸已停。卽貼近於其口鋪一手巾。而行以下諸法。　(一)令病者腹貼於地。醫者展開其兩手。輕壓兩肋之後部。歷三四秒鐘之久。擠出其沫及水。與不潔之氣。第三百三十五圖　後則忽然離去兩手。使淸氣因胸之自復力而入。隨則行第二動法。　(二)醫者以右手緊握其左肩。左手握其左腕貼近髀。緩緩轉其人使近醫者。如是行之歷二秒鐘。第三百三十六圖　第一二動法輪流施行。歷至十分鐘之久。或略久亦可。待

第三百三十六圖



FIG. 336 TREATMENT OF THE APPARENTLY DROWNED
Movement No. 2

甦生溺水人之法

第二動法

第三百三十七圖



FIG. 337 TREATMENT OF THE APPARENTLY DROWNED
Movement No. 3

甦生溺水人之法
第三動法

其沫或別種流體質漸漸流出。則行第三動法。

(三) 每次轉其人右臥。因其腹先貼於地 握其左手舉過其頭。與身成一直線。此法不獨能使其胸開展。更能令清氣入其左肺之上份也。第三百三十七圖 後則復回其臂於原處。更令其俯臥如前。此三動法。輪換行之。歷至一小時之久。或未及一小時。直至其人能起首自行呼吸爲止。凡行此法。必令其右臥而勿左臥。俯臥而勿仰臥。若口有涎沫流出。則拭去之。其頸必使之直。不可任其下頦貼近於骴。其時無庸兼顧其頭。亦不致有傷於面。令其面常側於地者。爲使其涎沫自行流出也。

第三十四章　乳房症

DISEASES OF THE BREAST

先天畸形 Congenital malformations　胎生乳房畸形乃常有之。有多一乳房。或二乳房。或多乳頭者其位置或在原乳房之上。或在原乳房之下。亦或生於腋下或股外側或他處。其形多與幼年之乳房相類。而其中亦有能生乳汁者。間有兩乳俱無。或男子之乳漸次長大。形似處女之乳者。此等乳腺少能生乳汁。因其長大乃係架腡過長所致。然有乳汁者亦或有之。凡有以上各病之人。或兼有生殖器之舒長不甚完全也。

第三百三十八圖

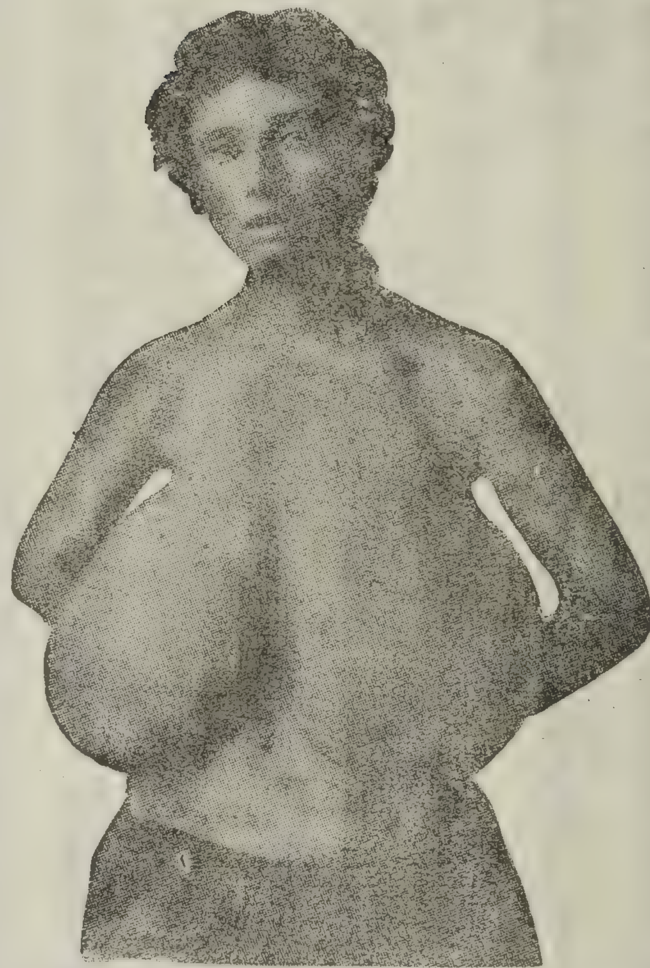


Fig. 338 DIFFUSE HYPERTROPHY OF THE BREAST

乳房過長

汎佈性乳房過長 Diffuse hypertrophy 第三百三十八圖　此症因乳房及架腡俱長。故乳房甚硬。有病祇在一乳房者。亦有在兩乳房者。多在壯年人患之。其形之大小不一。最大者坐時乳房可垂至膝。多不覺痛。惟腦經或有覺痛者。既患此病。則乳房之功用盡失。雖爲產婦亦多無乳汁。其病原今尚未悉。然既長如此之大。則令人不安。其治法。惟有割取之而已。

乳頭症 AFFECTIONS OF NIPPLE

乳頭裂 Fissures of nipple　此症常見於授乳期。其故多因乳頭之皮柔嫩。與不善料理。及不潔淨所致。若於臨產之前數星期以火酒洗之。使乳頭之皮堅硬。或可免此患矣。夫乳頭致裂之故。乃因授乳於嬰兒後而不使之乾。乳頭之淺膚爲乳汁浸透。因嬰兒頻吮。致下層柔嫩之膚易於磨脫而發炎。於是授乳時則痛。若仍授乳如常。則穉或由裂口以入乳管或淋巴管。或由淺淋巴管直延至腋下之淋巴腺。

治法。　最善者宜使乳頭不裂。乃於授乳後以淡防穉溶液（如硼強酸）洗其乳頭。畢卽速拭乾淨。若乳頭覺有痛楚。則於不授乳時。以硼強酸粉和麵撒於乳頭上。若已破裂。則須敷以凉皮藥。或防穉藥。（如鉛或硼強酸溶液）有時宜用藥力畧大者。如銅硫強礬或銀氰強礬溶液。亦有喜用甘油與硫弱酸各等分者。

乳頭癬 Eczema of nipple　又名惡性皮炎 Dermatitis maligna　此患約係單純性。用尋常治法卽可痊癒。然亦間有變成琶哲忒氏症 Paget's disease 者。此則疽性皮症之屬也。　此疽起於乳房者多。而起於他處者甚罕見。色紅而光滑。形如鮮肉。常流稠濃之黃汁。或有延至乳房暈之外者。此症既現。則緩緩進行。而乳疽必隨之發生。或爲似管疽或爲硬疽無定。　單處之治法無效。若查其果係琶哲忒氏症。則須將其乳房及腋下淋巴腺一並割去方可。

乳暈瘡 Abscess of the areola　此症於十三四歲之女童多患之。乃生於脂腺內。其療治不過以尋常之法而已。

癨初瘡　此症罕見於有癨症嬰兒之生母。惟常見於授乳嬰兒之乳母。其現象甚似極淺之瘍。而四圍則高而顯。且甚硬。時有起於兩乳者。

原發性瘤　乳頭亦有時生莿、脂袋、疽等瘤。

乳房炎症 INFLAMMATORY AFFECTIONS OF THE BREAST

急性乳房炎 Acute mastitis　此症最常見於產婦。因生產之後乳腺忽然行其功用。而於授乳期間此功用又復無有已時。倘乳頭潰瘍。或破裂。多致膿穫由之而入。直至淋巴管或腺脬。此症即因之而起。　若穫由淋巴管而入。其炎則發於架膶。膿則遍佈於乳腺葉之間。若穫由腺脬而入。膿則積於脬內。若不因乳頭潰瘍或破裂。乃因乳頭發炎致一二乳管被塞者。此亦能致乳房炎。惟常不至生膿。　若非產婦而起急性乳房炎者。此因乳房受傷。或因穫串瘴也。患腮腺熱症。腫勢退後。有時其炎亦遷移於乳房。至於十三四歲之女童。因腮腺炎致兩乳房起次急性炎而成膿者。亦或有之。　初生之嬰兒。亦有起乳房炎而成膿者。此或因其經過母陰道時。穫入乳管所致也。每有初生之嬰。乳房因盈血而腫大。無識之接生婦。每以其愚魯之法。牽或壓其乳頭。此不惟無益。更使其患

加重也。

病狀　乳房腫大而甚痛。以手撫之。則覺乳腺葉脹硬。授兒之乳汁亦減少。若因乳房疼痛而不能令兒吮盡其乳汁。致存積於內。則乳脹而更痛也。若由發炎而生膿。皮則色紅。皮下䐈則痳腫。乳房急性瘴按其膿之位置。可分爲三種。卽乳房前瘴。乳房內瘴。乳房後瘴是也。（一）乳房前瘴者。卽皮下䐈或乳頭下積膿也。此種瘴常與乳頭不相聯屬。亦有因乳腺淺葉發炎生膿致成此瘴者。瘴內之膿。非向內深入。乃甚易向外而出。（二）乳房內瘴較乳房前瘴及乳房後瘴多見。此種瘴乃發生於乳腺葉。使其脹大。更能侵入附近之連䐈。蔓延於乳房者甚濶。故其出膿之孔常有數處。若症係甚急性者。或該婦之體質過弱。又或治理不善。則乳腺䐈可變而成痄。（三）乳房後瘴。其膿積於乳腺後之連䐈。起於乳腺深葉者。多因附近之肋骨或肋肕有病。又或附近之連䐈發炎而致。故患此症者。其乳腺被膿推出而浮於膿上。如舟之浮於水面。故膿可由乳房之四旁穿出。惟由乳房之下外面而出者最常見也。　患乳房炎者。多係血虧及體弱之婦。雖爲順性類。亦有發熱及欠爽之狀。至成膿時。則發熱欠爽尤甚。一則因其痛。一則因其穢毒被唻於身也。

治法　治急性乳房炎者。首則以帶托起其乳房。次則裹其臂於胸際。（左乳則裹左臂　右乳則裹右臂）以靜止其胸大肌。因乳房居胸大肌之上也。後則敷以熱濕布。若因積乳而脹痛者。可用吸乳器吸出之。內服瀉藥以利大便。並用激刺藥及補藥類。（如鐵藥類）須用有益及易於消化之食品。然總以少用爲宜。　急

期過後。可用溫油或顛茄膏輕輕搽之。若知其將欲生膿。則以恒濕熱布敷之。至顯拍動浪爲度。於敷此布時。切不可容其膿穿出。恐有穢乘之而入也。若有穢侵入乳房。其瘻必成慢性。亦或有多數之瘺。故所用以治此症之物。必須使之無穢。若查其內尙有膿。則開一口以放出之。　若係乳房前瘻。其開口之位置可無庸選擇。因其膿近於浮面也。　若係乳房內瘻須在乳頭之旁依輻形開一口或數口。其大者須能容一指。若見乳腺小葉被膿緊張。亦須開之。暫置一大引流管。每日洗時將此管漸次剪去。至管盡爲止。若口必須開在乳頭上者。亦宜於乳下開一相對之口。以便其膿易於流出。此種治法功效甚著。乳房之復元甚速。瘉後之瘢痕亦甚輕。　若係乳房後瘻。雖在乳房之下外處開口較佳。然他處有膿而欲放出者。亦須開之。

乳瘻穿破後。若乳房內猶有瘺。須將其瘺口開大。瘺壁刮淨。並去盡其穢。若有深大之瘺。則須以紗布塞之。俾其生長肉芽而漸瘉。其臂亦須裹諸胸際。

慢性乳房炎 Chronic mastitis

此症有二種。一發於乳腺葉。名曰慢性乳腺大葉炎。一發於乳腺小葉及間膶。名曰慢性乳腺小葉炎。或慢性乳腺間膶炎。

(一)慢性乳腺葉炎 Chronic lobar mastitis　此非罕見。其故多因於授乳後。乳腺未完全復元。或受擊及握傷所致。此多見於少婦。其隨急性炎或未成膿所致之次急性炎而起者。亦或有之。　察其乳腺。則見其一葉或數葉增大。以手撫之甚痛。有時亦自覺甚痛。其痛與腦經痛甚似。於經期尤甚。

雖此病無甚緊要。然時令病者因此而懷憂焉。　治法宜以裹帶托起其乳房及臂。俾不至常動。亦可以蓖茄膏搽之。或以蓖茄貼膏貼之。

(二)慢性乳腺小葉炎或慢性間胭炎 Chronic lobular mastitis　此多見於枯乳房或小乳房之婦。在其將及經絕期。或已過經絕期患之。其未嫁之婦亦間有之。惟其年齡較已嫁者爲小。大約累及全乳房。或累及兩乳房。僅一乳房之一部份受累者亦或有之。有時人誤認其爲惡瘤也。

病體　此患乳腺之連胭延佈過長。且漸厚而硬。膚脒亦並加多。致腺脬盛滿似乾豆腐或稠凝之流體質。此質可擠之使出。出時其形如線。其色灰黃或綠黃。常有袋在腺胭之內。其故半因所加多之膚脒化成液。半因漿性液滲入腺脬內。被間胭所閉塞而不得出也。此名爲退化性袋瘤。Involution cysts　袋內之液澄清。其色黃濁者亦有之。此因有血混入之故。惟未有袋內繼復生袋者。其袋散佈於乳腺胭內。約有多數。然每微小。且無甚重要。有時一袋或數袋成一大者。甚似實瘤。若有厚腺胭裹之。則尤與實瘤甚似也。

病狀　初期人每不覺。至已成疣形之硬瘤。則甚覺疼痛。乳房或顯略大。乳頭或顯畧縮。此因乳腺之間胭收縮所致也。乳頭或流漿性液少許。罕有皮與瘤黏連者。腋之淋巴腺亦或增大。惟不堅硬。細察其乳房。則知此症之發生不限於一定之方位。雖乍觀之。見其中似成一團。然其團寔不止一處。乃全乳房受其累也。若察其有多數細圓而兼彈性之處。則知其乳腺內定有袋也。其痛約不

甚劇。但亦有其痛爲最顯然之狀。乃與腦經痛相似。至經期則尤甚。若任之而不療治。有歷數年而無改變者。亦有逐漸自瘉者。然病勢日劇者則佔最多數也。其結果則居下列三種之一。(甲)乳腺全枯。其乳腺則收縮堅硬而起疣。(乙)變爲袋瘤者較多。卽全腺成爲多數袋。其袋被密實之連網所聯合。(丙)變爲疽。此種問題尚未決定。然吾人已知某器官。如乳房。若常被惹。則易成疽。若在易患疽性之人。成疽更易。經絕期尤然

診斷 此症之診斷。有時甚易。惟其狀與硬疽相似。其區別之要端列下。(一)全乳皆受其牽累。(二)彼乳常同時起患。(三)腋淋巴腺增大。但不如發疽者之大而硬。(四)乳皮與瘤不相粘着。(五)其瘤不粘着於胸肌上筋膜。亦不如疽之硬。(六)較疽症汎佈尤廣。(七)以掌細捫之。不覺其有瘤。其硬網邊隱沒於附近連網之內。疽則大異乎此。極易捫出。若於發炎之乳腺內有小袋。有時亦可察出。因其有彈力性處也。此症亦有與疽同時發見者。若有所疑。則須用探察剖術。割取連網一片。以顯微鏡察之。此法最爲可恃也。

治法 在初期如病者爲少婦。則可擦以安撫藥。如顛茄藥等。用法托起其乳房。胸衣帶不可裹緊而惹之。若宜用緊壓法。如貼膏必須輕重均勻。亦甚有效。有時可內服鉀氯鹽等藥。若察其有瘤。或有多數袋瘤。病者常爲此懷憂。則以割去受病之處。或割去其全乳房爲妙。其有家族性患疽者。尤須割去其全乳房也。

單處或包裹慢性瘅 Localised or encysted chronic abscess　此等病多見於孕婦。始則有一硬團。逐漸變軟。致有淚動狀。亦有因其瘅壁過厚。此狀甚難察覺者。此症乳頭常顯縮入。腋淋巴腺或增大。診視此症多有誤認爲瘤者。其區別則在瘅與乳腺胴連合。且無一定之界限若細察之。則覺病處之中點有彈性。亦不如四圍之堅實。而瘤則適相反。乃中點較四圍堅實醫者若有所疑。可以槽針探之。或用探察剖術。則曉然矣。有時瘰症亦可致慢性乳房瘅。

治法　將瘅割開以放其膿。刮淨內面。以純卡波利酸滅穉。若爲瘰性。則須兼用引流管。或以紗布塞滿。

汎佈性瘰症　此爲常有之症。其腺脝間積有許多似豆腐之塊。既變爲膿。則向皮面穿出。其乳房或因之而成瘺。於是有似豆腐之膿流出。患此症者。或兼有肺瘰症。有由腋淋巴腺瘰所累及者。亦或有因此症而累及腋淋巴腺成瘰者。　治法。將瘺割開而刮淨之。若瘰性域點現於乳房多處。則以割去全乳房爲愈。

有因肋骨或肋脙瘰症致成慢瘰性乳房後瘅者。此症之進行甚緩。乳房被推而漸凸。診斷固非甚難。然其病之原因非極細心探察則不能知。治之之法。須開一大口。將瘅壁刮淨。盡去其穉。且其致病之肋骨或肋脙。亦須一並治之。

瘰症　瘰初瘡有時見於乳頭。上文已言之矣。第二期之濕粒。或泗斑。亦可見於乳頭。或見於乳

房垂下之處。至第三期之癯瘤。則甚罕見也。

乳房袋瘤 CYSTS OF THE BREAST

夫全乳房之組織。內有多乳管及脬。與散佈之淋巴管。故乳房之變成各種袋初非奇事也。茲將其重要者論之於下。

(一)腺脬袋瘤或名**留泌袋瘤** Acinous or retention cysts 此症之原因。乃乳腺內之管或小葉爲物所阻。留泌而不能流出也。此常見於產後時期。此時期所成之袋。多爲乳汁袋瘤。Galactocele 其原因多由乳頭發炎腫脹。乳管受壓。乳汁變濃。致有一圓團發現於乳頭之附近。其袋之壁內。多由立方膚脒所構成。袋爲筋膶所圍。故觀其所圍筋膶之厚薄。則知其袋之新久。若日甚久。所圍之筋膶壁則變爲甚緊。致乳頭縮入。與硬疽甚似。治理此症。須將袋割開。放出其液。塞以紗布。或用引流管引之。　上文所論之腺袋。多有因慢性乳腺間膶炎而致者。此名爲退化性袋瘤。Involution cysts 若日久不癒。則全乳房或皆致爲袋性症也。　所謂留泌袋瘤者。其原多因乳頭爲外物所惹而致。如年少未孕之婦。常令小兒吮其乳頭。亦有壯健之處女。乳腺之功用過强。因而得此症者。其狀乳腺增大。膚脒加多。且生淡漿液。因其不能盡行流出。致乳腺小葉脹大。此可名之曰惹致袋。此症有時自行消散。但有報告有一婦人患此症。至再懷孕時。其腫始消。有時患此症者。其乳房繼起慢性間膶

炎。亦有因乳房瘤。以致乳管或乳腺小葉痕成袋者。如乳管薊瘤乳管疽及袋性腺瘤是也。此種瘤。其內常流血。致乳頭亦流出帶血之質。有時硬疽由腺脬袋瘤之壁而發。　凡患留泌袋瘤之人。若以手按之。多有自乳頭流液者也。

(二)腺脬間袋瘤 Interacinous cysts　此症乃由乳間胭而起。

(甲)漿液袋瘤 Serous cysts　此種袋瘤。由淋巴穴脹大而成。有單房與多房之分。然以多房者爲多見。其內面爲光滑之內膚胅所蓋。含有血清。或帶血少許。若爲日已久。則含有可諫司特林　因袋生於腺脬間。與乳管不連。故其液不由乳頭流出。但袋內未有復生袋者。此種袋瘤常爲連胭所包裹。有時連胭變至甚厚且密。亦有凸出於皮下者。若其壁不厚。捫之則覺有浪動狀。或顯半透明之狀。

診斷　若漿液袋瘤之壁過厚。甚似硬疽。則診斷頗爲不易。但此種袋生於近乳腺後面。與腺胭相連。以指細按之。則覺其有彈性。與疽之硬如石者極不相似。且乳頭不縮短。腋淋巴腺不增大。平常亦不覺痛。診斷時若有所疑。可試以槽針。或施探察剖術。所剖之口。須深及度。使該瘤盡行分破。因此種袋之壁。有時被厚至半寸或一寸之筋胭所包。若不剖透。恐誤爲寔瘤。

治法　可將瘤割開。以法引盡其內之液。然最善者則割去其全袋也。

(乙)帶虫袋瘤 Hydatid cysts　此袋有時生於乳房。其狀與他處所生之虫袋瘤相似。第一百七十四頁

(三)乳疽及乳疕　有時成袋。蓋疽腡變壞則成袋。疕腡內流血亦成袋也。

(四)皮腡袋瘤 Dermoid cysts　有人謂乳房亦生此種瘤。但此症是否爲久乳袋瘤之誤。則不能無疑焉。

乳房瘤 TUMORS OF THE BREAST

醫者對於乳房瘤症。切不可造次。必須小心診察方可發出已見也。凡患者之年齡。及其病症之歷史。與其家族之歷史。皆須逐一細察之。患順性瘤較患惡性瘤者。其年齡常少。患疕瘤較患疽瘤者。其年齡亦常少。且瘤症有時由遺傳性而致。決無疑義。亦須查其瘤自何時始覺。並須查其瘤於經期時有無變態。更須詳悉病者之狀態。及詢問其痛否。其痛是否限於一處。及是否與腦經痛相似。有時人患乳病。覺其痛在肩。而不在乳房。蓋人之第二肋間腦經分爲前後二枝。前枝達乳房。後枝則司肩之一處也。醫者須將其受病之乳房。與其無病者兩相比較。以視其有無大小同異。其最當注意者。則細視其皮有無凹處。或凸起之團。或全乳房凸起。更須查其乳頭之形狀。後則以掌摁其乳房。及以指尖細按之。若僅以指拈之有所不足。亦易錯誤也。又須察其瘤與乳房有何關涉。及瘤之形狀輭硬。與有無浪動狀。並其瘤能否移動。且其移動在腡之深處或淺處。或與周圍之腡如何依附。後則高舉其臂過頭。俾其胸大肌之肌絲伸張。盖人之乳房甚易於上下移動。横經其胸大肌

之肌絲。若有瘤固貼於胸壁。則乳房移動不能如平常之易矣。若有瘤粘着於胸大肌。或其筋膜。則其乳房順胸大肌之肌絲。不如尋常左右移動之易也。終則細察其腋淋巴腺。若仍有所疑。則須察其髃骨上之淋巴腺。及彼乳房與腋。 凡生於乳房之瘤。可分三要類。卽腺瘤、疕瘤、疽瘤是也。此外尚有數種。如脂瘤、筋瘤、𦙶瘤、骨瘤等皆是。然此均屬罕見之症。故不必詳論。

乳房腺瘤 Adenoma 此種可分爲二。卽筋腺瘤(有輭硬二種)及袋腺瘤是也。此二種瘤。其內皆有空處。以膚脒作裡。然此膚脒不長過基膜。其空處或含液。多少不定。有時袋內生有副瘤爲其特狀。其間胴或與胚間胴相似。

有謂曾見患純腺瘤者。然此類極罕。若有之。則其瘤之組織。必甚類乳腺之組織。其體格亦甚類筋腺瘤之體格。但不如筋腺瘤之硬耳。

硬筋腺瘤 或名腺性筋瘤 Hard fibro-adenoma 此爲瘤中最常見者。並多發於三十歲以前之婦。其致病之原。則爲乳房受擊。或受重握。約無可疑也。其瘤之體或係圓形。若生於淺處。則移動甚易。恍如浮於乳房面。(第三百三十九圖) 若生於深處。雖亦能移動。要不似淺者之顯而易見。有於一乳房叢生數瘤者。此種筋腺瘤常堅實。且有多少彈性。舒長甚緩。或不覺痛。惟血虧及腦部有易腦病性之婦患之。則甚覺痛苦。於經期時疼痛尤甚。若非兼有他患。其腋淋巴腺則不增大。乳頭亦不縮短。因瘤與乳頭不相連也。其蓋瘤之皮。亦無凹處。病者若非兼有血虧病。則壯健如常。若割開其瘤而視

第三百三十九圖

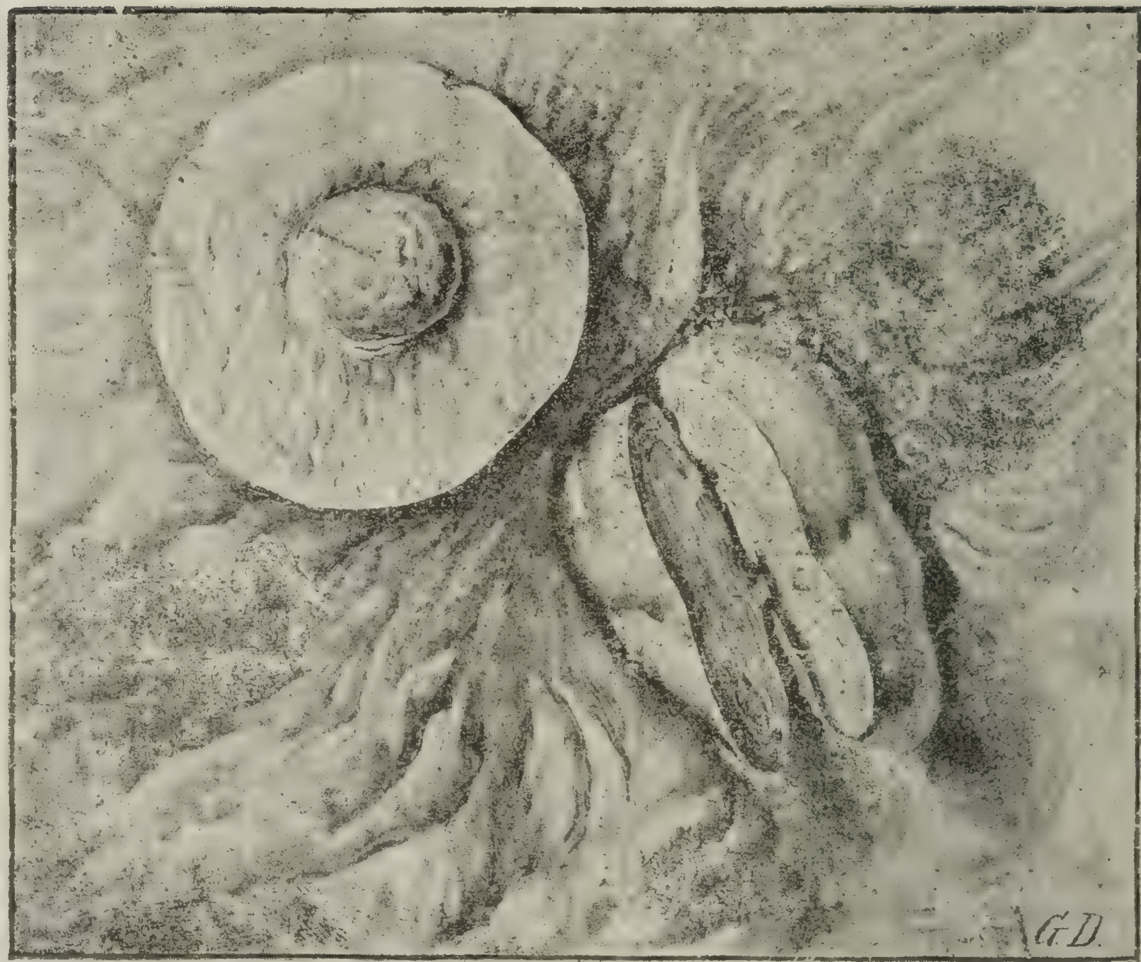


Fig. 339 FIBRO-ADENOMA OF THE MAMMA

乳房筋腺瘤

之。則見其色灰白。遇空氣則變爲粉紅。其組織如捲心葉。因其爲多數葉連貼而成也。瘤之割面。若以小刀刮之。則不見有流體質。但以重力握之。則有膠性或泗性之濃汁流出。然以顯微鏡察之。見其瘤含有生長不完之腺胴。爲堅實間胴所包。惟不見其內有管。除血管所入之處。(卽與乳腺相連之處)則全爲膜所包。此種瘤。嘗有人謂其可變爲疙瘤。卽由順性而變惡性也。然尙未有實據。

診斷　以上所述之形狀。若能了然於心目中。則不難於診斷。但腺瘤與慢性乳腺間胴炎。及漿液袋之分別。在其顯狀。及其易於移動。其與惡瘤之分別。則在其生長極緩。及與附近之胴並皮皆不相粘着也。

治法　宜將瘤割去。割時。須自乳頭之旁起。向下至瘤之包膜而止。隨以刀剜其數處。使與附近

之胭相離。而瘤自可取出矣。若瘤生於乳腺之上半及深處。則須在乳房下割一新月形之口。將乳腺翻上。由乳腺深面挖出。如此則癒後之割痕。將爲乳房所蓋而不見也。

輭筋腺瘤 Soft fibro-adenoma　此瘤之不同於硬筋腺瘤者。因其生長速而組織不硬也。其瘤之間胭。約如胚之連胭。或如洄胭。故有時此種瘤誤名爲腺疕瘤也。　此症多見於少婦。較之患疕瘤及疽者年齡爲輕。即二十五至三十五歲　其初起則爲凸起之一團。生長甚速。或形如硬筋腺瘤。雖暫時停止。後則仍速生長。但自始至終。皆有膜包固。迨其生大。則乳腺之正胭爲其所壓。而乳腺漸至枯槁。但蓋瘤上之皮仍完好如常。至瘤長大時。其皮緊張而枯。然乳頭並不縮入。腋淋巴腺不受累。而全身亦不受侵。及將瘤割下剖開視之。其狀猶如筋腺瘤。並見其中有袋。亦有數處變軟。有似粥形。此種瘤甚易盡行割去。亦不復發。

袋腺瘤　又名袋疕 Cysto-adenoma　此症之顯狀。乃其袋內有物生長。此物係新生之筋胭。爲膚脒所蓋。居於痕腺脬內。或居於小管內。此種瘤有膜包固。乳腺之眞胭。或被其所壓而消瘦。瘤內常有數袋。其體或甚大。袋內所生之物。多少無定。有時成一大團。或成較小之數團而有蒂。爲立方形或柱形之膚脒所蓋。內含血管甚多。因此袋內易有流血之弊。故乳頭或有帶血之液流出。袋內所生之物。乃係腺脬間胭漸多。將袋內之膚脒或腺管推出而向前。因其瘤內之袋凸起。致瘤面高低不平。第三百四十圖　此症約不覺痛。腋淋巴腺亦不增大。若瘤長大。乳房之靜脈則見青色。至後期瘤之包

第三百四十圖

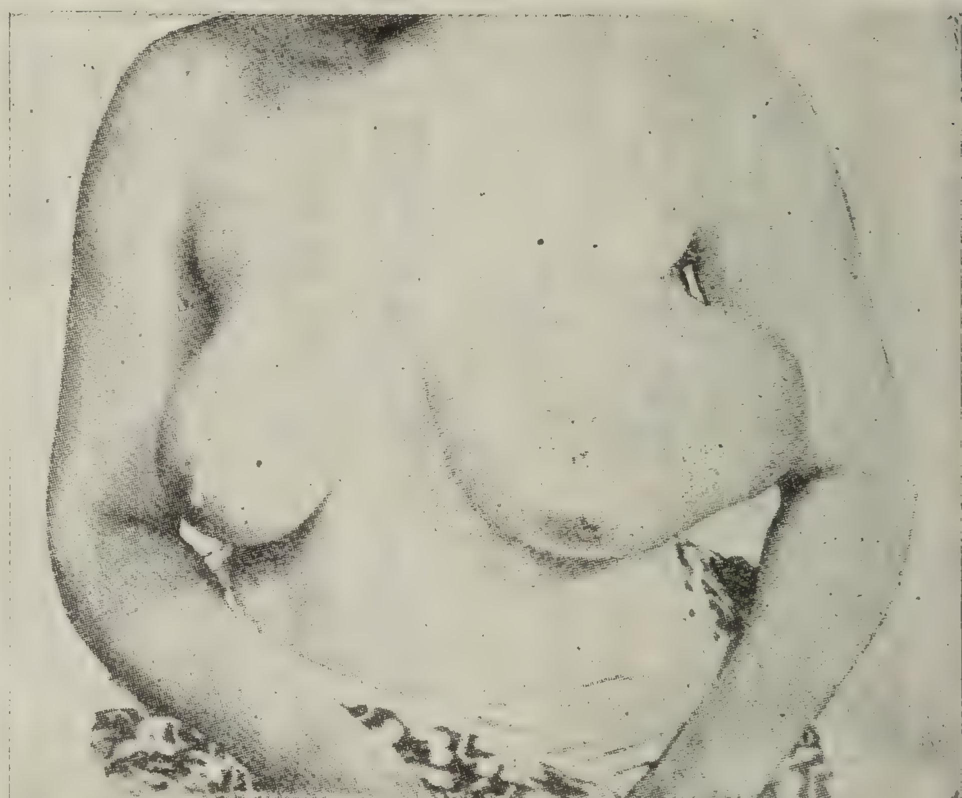


Fig. 340 CYSTO-ADENOMA OF THE MAMMA

乳房之袋腺瘤

膜漸粘於皮。終則壓力增大。致皮爆裂。而瘤突出。後則其瘤漸成菌形。甚易流血。所突出者極臭。若小心以探針探之。適探入皮與瘤之間。因皮與瘤殊不相連也。由此可知此症與菌形軟疽之分別矣。 此種瘤殊非惡症。亦不蔓延。故可全行割去而不慮其復發。在初期可獨去其瘤。不必割去其乳房。若至後期。其乳房則須全行割去矣。

更有一類管莿瘤。Duct papilloma 其性質與上所論者甚似。形如有蒂之莿瘤。惟其體不甚大。生於一乳管末之內。該乳管亦顯痮大。乳頭雖被推出而突起。然其瘤常不易捫出。惟見乳頭流帶血之液而已。此症每爲乳管疽之預兆。故患之者。須割去其全乳房。然祗割去其瘤者亦間有之。

乳房疣 此本非常見之症。在乳瘤中只居百分之二至百分之八。由乳腺連胭內之深處而生。其位置多在乳房上部之外角。可總分爲二類。 (甲)圓脒疣。其狀爲一輭而有彈性之團。生長極速。初起時。雖爲筋膜所包。然遲早必破。蔓延於全乳房。亦有因此累及腋淋巴腺者。更有隨血管佈

散於全身者。有時瘤內成袋。此因流血所致。或因瘤內之乳腺脝㾪所致。此腺脝所成之袋。其內則有膚胅作裡。有時疙內之胭變爲洄形。若係速長類。既割而仍復發不已。則常變爲眞洄疙也。患此病之婦。年齡多在三四十歲之間。較之生硬疽者爲少。其與硬疽之區別。則在生長急速。乳頭不縮短。皮無凹處也。若病者適於是時受孕。其瘤或速發大非常。若係侵入性類。除以顯微鏡察驗外。與軟疽甚難分辨也。

(乙)梭胅疙。又名筋疙　此症亦於乳房見之。爲圓形或卵形。較之圓胅疙爲有限制。生長亦畧緩。其體與腺瘤略似。但其連於乳體。較腺瘤更甚。腋淋巴腺亦少被累。欲知此瘤係疙性與否。必以顯微鏡察之。且割後易屢復發也。其復發期愈發愈速。其瘤亦較輭。而血管亦較多。然亦有經割數次。其瘤似有漸發漸弱之勢者。

治法　即割去其全乳房。以早爲妙。而液淋巴腺亦宜一並割之。

乳房疽　CANCER OF THE BREAST

婦女之器官除子宮外。以乳房生疽爲最常。而男子亦有生乳疽者。然以婦女較之。只百分之一耳。

病原　乳房生疽者。年齡多在四十以外。然年少者亦或有之。其原因固無關於曾經生產。與未經生產。亦無關於授乳於嬰孩與否。疽生於左乳房。較生於右乳房者爲多。有謂其由外傷而致者。如受擊及受握等是也。又有繼乳頭癩而起者。惟巴哲忒氏癩症 Paget's disease or eczema 爲尤多。慢

第三百四十一圖



Fig. 341 SECTION OF SCIRRHUS OF THE BREAST SHOWING RETRACTION OF THE NIPPLE, INFILTRATION OF THE FAT AND SECONDARY NODULES IN THE UNDERLYING MUSCLES

乳房硬疽之切片表明乳頭縮入及脂膶
被疽所侵並有子疽疣居於乳房下肌

性乳腺間膶炎。亦常爲乳疽之先導。其由遺傳而致之問題。至今尙難解決。雖有時似由遺傳而得。然細察之。亦不能無疑焉。乳疽可分爲二種。即乳腺球脒脬疽。（急性及慢性乳房疽及硬疽皆屬此類）及乳管疽是也。此二種疽。亦有變壞如膠者。然甚罕見之。

(一)球脒脬疽 Spheroidal-celled acinous cancer 乳房疽屬此種者爲多。急性與慢性（即硬疽）之分。則在其生長之緩急。及其體之輭硬。按其病體。則又在乎筋膶之多少。

(甲)硬疽 初起多在乳房上部之外角。乃一硬團。與乳腺膶相連。以指捫其四周。其硬團之界限

亦不顯然。在初起時。疽體與皮絕不連屬。故蓋疽之皮移動甚易。後則疽體收縮。牽其乳腺與皮相連之繫筋帶。由此則皮粘連於疽體矣。故移動疽上之皮。則顯有縐紋。於疽體收縮時。更有累及乳腺者。故該乳房有時較彼乳房似乎爲小。且因疽居於乳房之上部。乳頭或被其牽上。故該乳頭較彼乳頭畧向上。亦有累及乳管致被牽上者。第三百四十一圖　疽性尙在堅硬之時。其體則不甚大。有時自覺甚痛。或按之則大痛。然其痛大約時發時止。又有與腦經痛相似而達至於肩者。亦有捏弄之而始覺痛者。其疽愈長。其體愈與胸大肌筋膜粘着。亦或有侵入胸大肌膶之間者。若令病者横伸其臂以驗之。則可見其乳房雖能上下移動。横過其肌絲。然循其肌絲以移動則不能也。　其腋淋巴腺爲疽所累而增大。此種兼患。少有過數月而不顯者。其受累之淋巴腺。惟在胸大肌之下隨胸長動脈以行者爲最先。次則漸累及髆前淋巴腺。而髃上淋巴腺亦漸爲其所累。迨至瘤深入乳腺之內。病則循伴胸直動脈養枝之淋巴管而行。蔓延至膻內淋巴腺。由此則疽蔓延胸內。更引伸而及於胸膜下之連膶。胸穴及肺亦由是受累焉。若疽初生於乳房內廉。因胸兩側之淋巴管相通。其疽得由此而延及彼乳房。或延及彼腋下之淋巴腺也。

皮被疽累及者。其狀不一。　(甲)該處之皮在疽初起時。被疽牽累致有凹處。上已詳言之矣。此後病由乳之繫筋帶向外延。以及於皮。此時其皮則硬。色紫而顯盈血之狀。亦有層層脫膚者。始有一裂。漿液由此流出而成痂。後則潰瘍。逐漸潰大。由此而成硬疽瘍乃一深窩。其肉有如挖去。若料理潔

第三百四十二圖

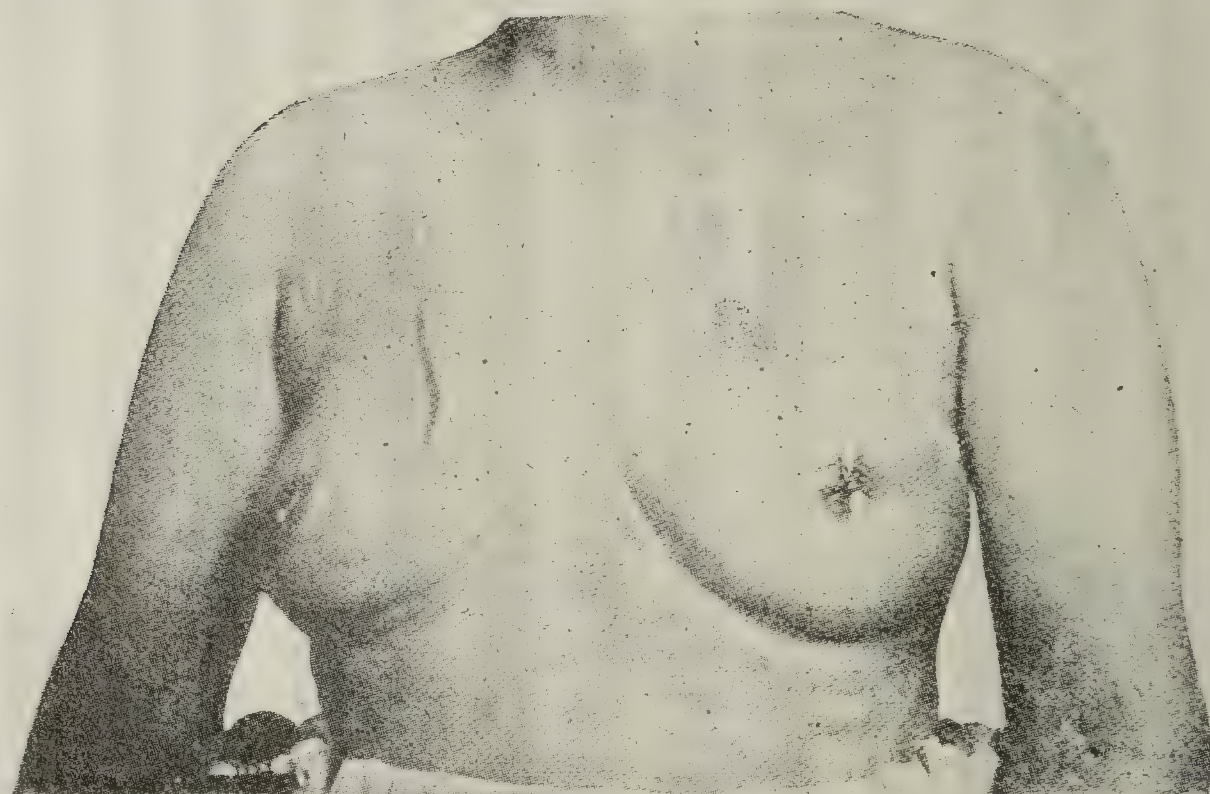


Fig. 342 SCIRRHUS OF THE LEFT BREAST
The retraction of the nipple and its elevation above the level of the other are well seen.

左乳房硬瘟

乳頭縮入而較右乳頭畧向上視

淨。瘍面滿佈光滑肉芽。並有帶血之液滲出。若置之不理。必至腐臭成一深池。瘟體則圍諸四旁。猶如圍牆之狀。（乙）有時此症散佈於皮內。成多數索狀。由乳頭射出。惟近團之皮似未累及。致乳皮較平素堅厚。故不能將之揑起。䐈腺管之口較大而易見。有若猪皮。或若橘皮。後則皮色變暗。且成多數鈕形之瘟疣。其䐈腺管或有多液滲出。在皮上乾而成痂。此痂究非瘟瘍所致也。此種瘟常蔓延極廣。出乎乳界之外。而累及全胸。更有過肩而至頭後及項者。是名鎧甲瘟 Cancer en cuirasse 此種瘟生長甚緩。故病者可延數年之生命。（丙）又有一種急速之瘟性淋巴管炎。其皮狀似濕癩。紅腫而熱。若以顯微鏡察之。則見其淋巴管瘓大。有液滲出。此種症蔓延

速而且廣。凡疽所侵之處。皆顯疽疣。其結局甚爲不佳。

至於硬疽之後期。患者漸至身體衰敗。肌肉消瘦。精力耗散。患處並有多數潰大疽瘍。其疽體則與胸壁粘着。甚至累及肋骨。有因之而手臂腫硬者。因其腋淋巴腺增大。壓其手臂之淋巴管及靜脈。故成爲硬痳腫。或淋巴性痳腫也。亦有因髃上凹受累。臂腦經羅受壓。致其臂甚痛者。內臟亦生子瘤。以胸膜及肺肝爲尤多。致顯各種病狀。惟復發疽常生於肋膜。及胸膜間之連胴。久之疽體則向肋間凸出。其凸出之處。約於第二肋間爲最常。子瘤亦間有累及骨者。多在骶骨、脊骨、及肱骨與股骨之上端。致骨甚痛或自折。隨卽自瘉者有之。亦有不自瘉者。終則身體日衰。以至於死。

(乙)**急性疽** Acute cancer　此症幸不常見。疽體頗軟。而生長極速。不久則侵入全乳房。其累及淋巴腺與內臟。較之硬疽爲更速。此症乳頭不縮入。乳皮亦不凹纈。惟乳皮發痕。其下之靜脈更顯青色。乳房增大而高起。致乳皮緊張。漸爲疽所累。若既潰瘍。遲早必有一菌形之臭團由瘍口而出。患此種疽者。多爲三十五歲以下之少婦。不獨其疽生長甚速。更能令附近之連胴速於變壞。若於懷孕或授乳之婦人。其疽生長尤速。故有誤認爲急性乳房炎者也。

(丙)**枯性硬疽** Atrophic scirrhus　此症常見於年齡較長之婦。經患數年尚有不顯蔓延之狀者。嘗見有患此症者。歷十五年或二十年之久。及其死也。亦只因有他種病添入耳。然疽至後期而蔓延甚廣者居大多數也。此症之枯槁狀。乃由疽體大收縮而致。該處之脒被壓而壞。乳頭深縮於乳房

內以致乳房與疽膶無由分別焉。

(二)管疽 Duct cancer　此種症頗罕見。其種類亦未詳知。然已有數種疽曾以此名名之。有時於痕管內生一或多數疣。與惡性薊瘤相似。其位置常離乳頭不遠。爲柱膚胅所盖。此亦可名爲柱胅疽。此種疽內含血管甚多。故乳頭常有帶血之液流出。其生長甚緩。若近於皮面。則見有暗紅色之圓團。乳頭不縮入。淋巴腺亦不增大。又有一種管疽。乳脝痕大。其內則爲多數圓團所佔。此種圓團。乃球形膚胅加多所構成。形如薊瘤。其變壞而成袋者亦常有之。此二種管疽中。亦間有硬疽同時發於乳房之他處。故診斷此症甚難。若將疽割下。以顯微鏡驗之。自可了然矣。

腺疽 Adeno-carcinoma　此種疽與上文所論管疽之第二種甚似。內有多數管狀之空處。爲膚胅所盖。生長甚緩。常有菌形之團破皮而出。形如有帶之瘤。甚易流血。腋淋巴腺不受累。此疽結局甚佳。

病時期　凡生疽者其死期之遲速。則以疽類爲定。腦狀疽(軟疽)則生長甚速。約六閱月或於一年內即至於死。管疽不甚惡。枯性硬疽生長之緩。約與管疽同。此二種疽不但死期甚緩。且多有因添入他種病患而死者。　鎧甲疽生長之遲速無定。有極速者。亦有不速者。其治法不能全恃外科手術因初起時即速蔓延而甚廣也。　有定限硬疽。若不以外科手術割去。二三年內其人則死。割去之後。或可多延其生命至一年。或十八閱月。以上之數。不過按此種手術未精時統計之耳。今日手術較前已大有進步。故今日治病之益較昔爲更佳也。

病體　疽之病體。已詳論於一百六十五頁。

診斷　上文已將乳疽與慢性乳間腑炎慢性乳瘅及乳袋分別之矣。見一百六十五頁　乳疽與腺瘤之別。辨之不難。若其瘤硬如石。甚與乳腑相連。移動有限。皮面凹縐。乳頭縮入。腋淋巴腺增大。凡此等現狀。診斷時皆最宜注意者也。　順性瘤。按之覺有彈力。移動較易。團形之界限甚清。其皮雖緊而與瘤不粘着。乳頭不縮入。腋淋巴腺不增大。　惟疽與疕之分。除用顯微鏡察驗以外。則甚難區別。圓胅疕雖初起時團形之界限甚清。然與急性疽仍甚相似。筋疕亦有時可誤認為硬疽。然其團形之界限甚清。乳頭不縮入。皮亦不縐。淋巴腺常不增大。　袋腺瘤於皮未破及袋凸高之時。則不難於診斷。然其皮已破成瘍之後。有菌形流血之團凸出。與後期之腦狀疽及菌形之圓胅疕甚似。其分辨之法。可用探針探之。若係袋腺瘤。探針可由皮下深入袋內。且淋巴腺亦甚罕增大。硬疽與單袋瘤之別。已詳於前。

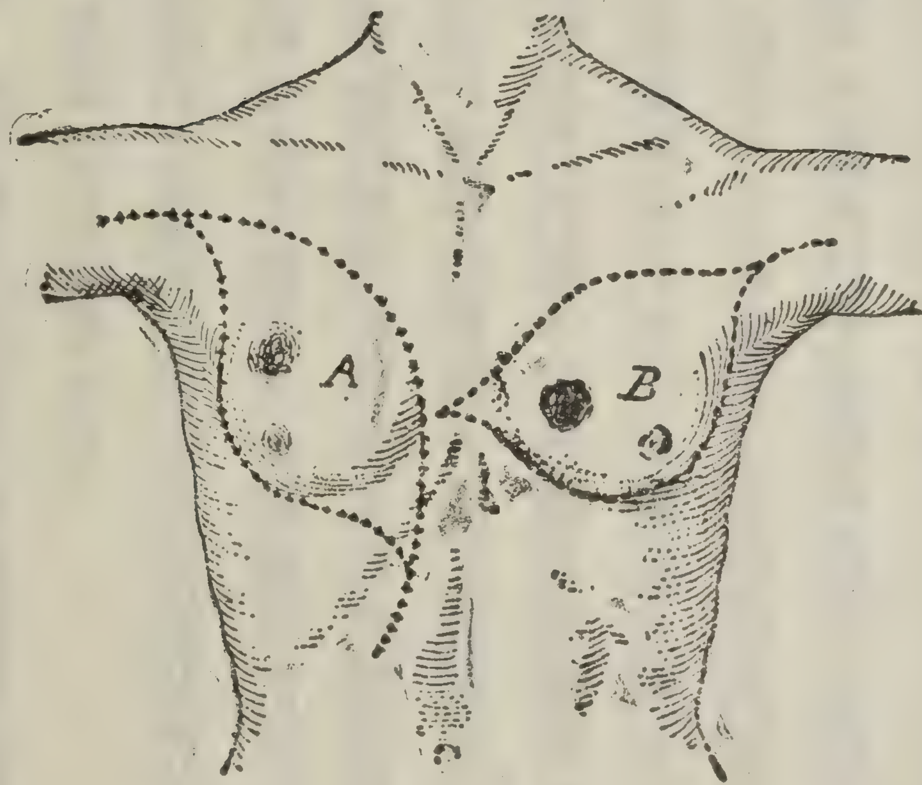
治法　凡有乳疽。若可用外科手術盡除其根者。則必用之。其不應用者。卽疽與胸壁粘着甚廣。或疽腑已入內臟。或急性疽生於幼年蔓延廣而且速者也。枯性硬疽。可不必施治。因其終得良善之結局。故剖術可不用也。若病者身體强壯。割之亦無碍。且疽症無論新久。施以手術皆為法之善者也。若兩乳房皆有疽。較之生於一乳房者為尤險。全行割去亦無不可。曾有人遇此症。一次手術將兩乳房盡行割去。亦終得良善之結局也。急性疽生於强壯之人。結局多屬險惡。若其疽生長甚

綫。團形有甚清之界限。則其結局亦多有望焉。
昔人於此症祇割去其疽。及乳房高起之部份。所以復發之患常有。若至百分之五。或百分之十得獲痊癒。外科士則以爲最高之望矣。近代醫者諳悉乳腺解剖學。及乳疽之蔓延。較昔時更爲精詳。其手術亦較前爲精。故患乳疽者。漸得良好之結局。曾有數醫士報告。謂其所割之乳疽。有百分之五六十。歷三年之久並未復發。卽以爲痊癒矣。然徵之近人所經歷者。此三年亦爲時甚短。因割後至十年而亦有復發者也。
乳腺所佔之地位。近更知其甚廣。其乳腺小葉所及之處。向上者則高近髃骨。向外者則至腋下。且更有向下者。若祇割去其乳房突高之一部份。必留存甚多小葉。疽症常多復發者。以此故也。更有宜知者。淋巴管有經過胸大肌筋膜之深處。而通至腋下者。故割之之善法。則須除去此種淋巴管。及肌之一薄層。然將胸大肌之骯部全行割去。祇留近髃之一部。更爲妥善。有醫者將胸小肌亦割去。以便易於去腋下淋巴腺。其治癒後。於臂之靈動亦不致有碍。　乳腺之繫筋帶。亦有淋巴腺經行其間。故乳疽割去之後。蓋疽之皮亦不可留存也。乳頭則必須割去。因乳腺小葉間之淋巴管皆達乳頭。交互成羅於其下。更從該處以通於三四略大之淋巴管。直至於腋。　凡施手術於乳疽。亦須同時將腋淋巴管及淋巴腺一並除凈。臨症之際。雖未見腋處受累。然以顯微鏡察之。而受累之狀顯然。故割此種症。須將其乳房及腋淋巴腺與連胭等。一並取出。以免切斷淋巴管。致割處被疽

腺所染也。

手術　令病者仰臥。面向無乳疽之側。伸其有疽側之臂。與身成一鈍角。俾胸大肌伸張。以無稜手巾裹束其髮。免其阻碍。又以一無稜手巾纏其頦下。令施迷蒙藥者與行術者相隔。腋毛須先薙去。令皮極其潔淨。至行手術時如何奏力。則視疽之位置及大小以爲定。最要之目的。第一須將疽體與乳腺及與乳相連之淋巴管。盡行割去。至割口如何得癒。則無庸慮及也。以常規論之。可於割口附近之皮下。以刀割鬆。緊撮之聯之以線。而

圖三十四百三第



Figs. 343　INCISIONS FOR REMOVAL OF CANCEROUS BREAST WHEN THE TUMOR IS SITUATED IN THE UPPER AND OUTER OR IN THE INNER SEGMENT RESPECTIVELY

可部內房乳在疽用此圖之割口

部內或部外上房乳在疽可用此圖之割口

蓋其傷口。若割口過大。用此法不能蓋滿。後日可以植皮法以補其缺。則其傷口不久可癒也。第三百四十三圖乃指明乳房上外部。及乳房上內部生疽者。行手術時之割口。細審此二圖。醫者可由是會悟疽生於乳房他處之割口矣。割口既成。隨復割深。惟刀不可直入。割口外附近皮下之連網。亦宜剖之使鬆。以便取出疽體及乳腺時。俾得一齊取出也。上則至髑骨。下則至腹上處。外則至腋

後界。以使胸大肌露出。後則將肌上之連網翻下。隨用指及刀挖露胸大肌骯部髃部之間。又於胸大肌末離肱骨一寸處割斷。再以指從骯及肋朋處伸入於胸大肌本之下托起於連骨處以刀割之。行此種手術。必有多數由胸直動脈而來之血管被其割斷。此血管須急用鑷揑住。恐其縮入肋間也。隨則胸小肌露出。其與肋骨及髆喙相連之處。亦一並割斷。 如此則乳房及其下之網便能外移。於是使腋大開。除淨其內之淋巴腺等。先使大血管於胸小肌下之底。鄰近割口之外角處露明。若割去筋膜一層。自顯然可見矣。後則循其腦經及血管解剖漸入。若有脂在其前後。亦可除去。若有動靜脈之枝必須割去者。則先縛緊而後割之。若貼近於靜脈之淋巴腺。不易剔剝。則寧割去其靜脈一部份也。腋下最深之淋巴腺。亦須除淨。更須小心不可令其破裂。恐有疽胅散漫於腋處。次則將割口內鋸大肌上之脂。及筋膜除淨。然須先妥縛肋間動脈之旁枝。又不可傷及胸長腦經。髆前肌須整潔。其養該肌之血管亦或須除去。惟其腦經則必留存。該處常有增大之淋巴腺。若然則亦須除淨也。以上所論之工既畢。所餘者惟乳體胸大肌及連網等。此不過數刀。卽畢乃事。 果行此手術。割口必甚大。故於術將畢之際。須將露出之網用無穉布盖之。凡流血之處。必須鑷緊或縛緊。且洗以無穉之熱鹽水。隨卽爲縫口之一切預備。割口四圍皮下。或須割鬆甚廣。傷口始足盖滿。亦有時用他處贏餘之皮以補足之者。醫者若能如此耐性設法。則四圍之皮。足可盖其傷口。惟傷口之上部份不可不縫合之。以免腋處之要件露出。致將來結成甚不便利之瘢也。其餘若有不

足。則可暫任其不闔。後則施以植皮法。有時用弛緩縫術甚爲有益。惟聯合處之邊。則以腸線或絲線密縫之。縫妥後則須施以引流法。其引流管。則於腋之後部割一口而置之。所流出之漿及血液甚多。故必須多用敷料而吸收之也。自割後以至痊癒。病者須伸其臂與身成一正角。則可免癒後其臂板硬。或舉動不靈之患。前人治此症。常緊束其臂於身側。故雖痊癒。而不靈之後患常不能免。其換敷料之期初。次須在割後二十四小時至。四十八小時之內此。時可去其引流管過。十日或十二日。其割口應可痊癒也。

此種手術。當時之景況甚佳。因此致死者不過百分之五。至後來之結局。則視乎受割時其病之新久。疽之種類。延蔓之廣狹。及醫者手術良否以爲定。

若髃上之淋巴腺增大。依哈勒司忒氏Halstead之意見。亦須除去。且更割去頸後三角處之淋巴管及淋巴腺。其已經增大與否而不顧也。意謂現雖不見增大。亦恐已爲疽所侵矣。余雖不極端贊成此意。然腋處若大受累。必須將髃上凹之淋巴腺盡行割去。頸之割口。乃係彎形。須循骶髃顳肌之後廉向外。隨髃骨直出。即將此皮片翻上。解剖所有之脂及淋巴腺。宜由前向後。以頸內靜脈處爲起點。最宜小心者。切勿傷其總淋巴管、及右淋巴管。曾有醫者並將髃骨割斷。然此可不必。腋下割口與髃上割口。可使之由髃骨下相通。

疽症割後。若仍於原位復發。乃因行手術時未割除淨盡。或因行手術時割口已爲疽所染也。醫者

須知以疽質種於强健人。或畜類之體。必無大碍。若種於曾生疽症者之體。則必至生疽也。論其復發之位置。多在割痕之附近。或附近之淋巴腺。或彼乳房。或在胸後之連䑃。其生長約爲甚緩。然亦有較初次發生爲速者。欲免此後患。割後用X光線療法爲宜。惟佈散之鎧甲疽不宜施用手術。然以X光線或銳藥亦大有補助。（第五十頁） 曾有人治淋巴性之連䑃㽷腫。乃用無稜絲線置於皮下。直至無病之䑃以代淋巴管。自此法發明以至於今。觀其報告則知頗有功效矣。 前數年英國有一醫士。亦發明一法以治不能施用手術之疽。其法割去兩卵腺。內服脾腺精。曾有多人受此種治法。雖有治癒者。而無效者仍居多數也。然不至增重。亦暫止疽之生長。（延至數年之久者亦有之）且其痛較輕。然此種手術。祇可施諸經期未絕之婦而已。

順性瘤施以割去全乳房之法。則與上文所言大異。其所割之口常作新月形。斜行經過乳房。割口之濶度。不宜大於乳房暈。其皮則由割口兩邊使與乳腺相離。後則由其筋膜上割去乳腺。其腋則不用割開矣。

第三十五章 腹部外科 ABDOMINAL SURGERY

腹部手術要綱 General remarks on abdominal operations

凡外科各類手術中。惟腹部手術近來甚爲前進而至緊要之地步。在昔時少有爲之者。今則外科士遇有須開腹之症即開之。毫無猶豫之意。亦有只因檢察腹內之物而開之者。但欲得美滿之果效。乃在乎外科士凡事細心及其諳練。若能精心整理之。則腹膜可爲外科士之良友。不然若粗心任意撫弄之。致腹膜暴露過久。必有發炎之險。甚或難保其生命或遺甚重之後患。致其殘廢也。凡專門外科工精手敏者。所獲之報酬。未有如腹部之良美。試舉數條以爲醫士施腹部剖術之助。

割症之前數日。應檢查病者之食物大便等。並潔淨其口齒。俾腸內之穢減少。亦可服防腸穢之藥。如撒妻 Salol 錄氯弱鹽 Calomel 衲透 B-naphthol 等品。在割病之前一夜。服瀉藥一劑。即蓖麻油一兩 Ol. ricini 30 cc 。次晨用射肛法。灌洗其肛。令下段之腸潔淨虛空。腹壁以刀剃淨。胦處及臍更須潔淨。

在割症前數小時不宜食物。未臨手術檯之先。宜令病者小便。若須導其尿亦可。倘割病之時須長。可於前半小時用溫鹽水注入肛。用牛肉湯及咖啡茶均可。並皮下注射一釐百分之一之士的年 Strychnin .00065 gm 一劑乃佳。

宜將病者包裹溫煖。以免受寒。除施割處之皮。其餘均遮蓋嚴密。割症室之溫度。宜至法倫表七十或八十度。二十至二十六·五 雖於外科士畧覺不適。而於病者甚爲有益。其迷蒙須至十分滿足。

但用藥少而能得如此之效更佳。庶可免腦力猝衰之患。凡施腹膜內之手術。甚覺疼痛。但腹膜之臟層感覺稍鈍。倘壁層及腸懸膜之感覺尚存。捫之其痛立顯。並加增腦力猝衰之勢。設於施割之先。病者已顯腦力虛脫之狀。（如胃穿等症）則先注射鹽水於靜脈內以助其力。按常例乃令病者仰臥於手術檯上。若於盆臟施手術。用垂頭仰臥勢（呑德倫孛氏姿勢）Trendelenburg position 最佳。此勢乃令病者之頭畧低於身。（見圖）再將其膝屈於檯端。俾其身穩固不移。檯之頭段宜下低。否則其頸前屈。恐阻呼吸之功。亦不可將臂置於頭上。以免纏肱腦經被癱。莫妙於將臂置於病者之背後或身旁。但病者之盆有炎液。有或腸閉塞之患者。此臥勢用之不宜。因胃之惡質易流入口。致令病者窒息。

第三百四十四圖

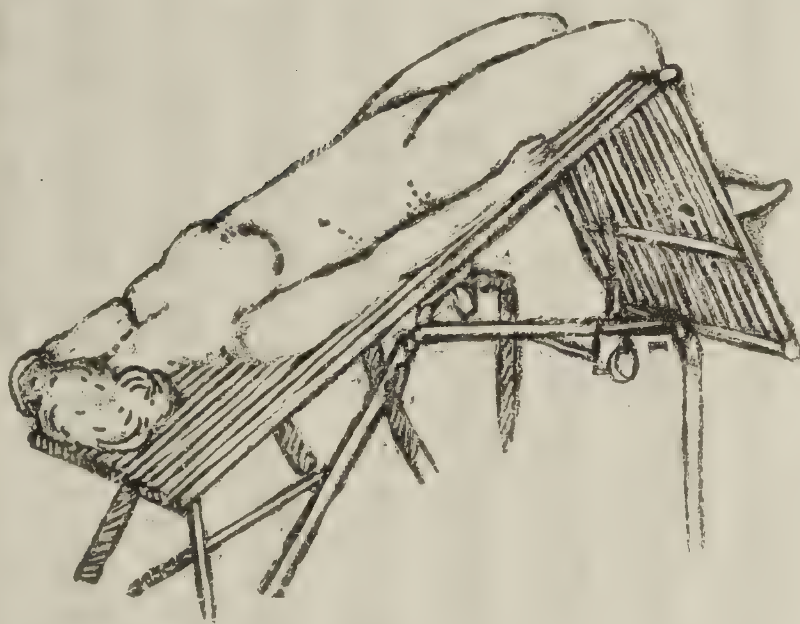


Fig. 344 TRENDELENBURG POSITION.

垂頭仰臥勢圖

施剖腹術。少用防穢藥為妙。除醫士及助醫之手與病者之皮。用防穢藥水洗之之外。只可用無穢鹽水。其餘洗藥皆不宜用。醫器須煮之。且記其數。惟棉球宜先預備。每十二球包以紗布。取其易記。施手術之前。必記清球數。迨術施畢。則查其數少否。紗條腹布等亦按法豫備。助醫宜詳細報告所用之數。倘腹中須灌洗。以溫鹽水最佳。

腹壁之割口　剖腹之割口所當注意者有三。（一）割口須便於查腹內所應查之處。若爲查腹內各處。以腹白紋之割口爲最便。有數類他症在此割口亦甚佳。但割闌尾或胆囊等。約以旁側爲最善。凡腹之割口。不宜太近有骨或肋脈之處。（二）割口之部位。必適得血之滋養。以免瘉合不完及將來腹壁成疝之患。由此方面觀之。則腹白紋之割口似稍差。而在腹弓紋處者亦不善。若腹直肌已相離。或腹白紋已弛緩。尤不適宜。由此方面觀之。割口最佳者。乃經肌絲間使分離而不割斷也。馬克孛內氏割除無炎之闌尾所用分肌法之割口 MacBurney's muscle splitting method 即係此類。若闌尾無粘着。且其位置與常無異。用此法足可爲之。但此等情狀不常有。或病人體格肥胖健壯。用此法甚爲不便。於髂胴成口術亦常用此法。連藍德氏之門扇法。Lennander's trap-door method. 乃於腹直肌前之鞘作一割口。將直肌移於內或移於外。再將肌鞘之後層割開。而後割腹膜。故此後之割口與前者非適相對。（三）近來外科士多注意腹壁之腦經。故料度割口之部位。以免切斷腦經甚善。充直肌之腦經更宜保全。因此腦經一斷。腹壁即失其效力而不爽也。由此方面觀之。腹弓紋之割口甚爲不佳。欲免此弊。主張不一。畧述於下。

有外科士主張作一橫割口。此於盆內有病者甚便。但此等割口之困難。乃爲割斷腹直肌之端不易復瘉也。故欲免此弊。宜於未割斷肌絲之先。用褥縫術。將該肌絲縫於肌鞘前層。總之此法。外科士贊成者少。是以少有用之者。

若能將腹肌及筋膜一刀齊斷之則佳。且於未開腹膜之先。必將流血之處縛妥。隨用二鑷捏起腹膜。以剪或刀割一小口。空氣即由之而入腹穴內。再將口邊捏穩提起。按其所需之大小向上下開之。

施手術於腹膜內時。應小心保護其腸。不可使之久露於空氣。否則內膚胅必速脫落。後即有粘着之患。且令穢有侵入之機。若須將腸由腹內牽出。應用布蘸溫鹽水擰乾。將腸包裹。且應時時更換。或將新製溫鹽水淋於布上。以令其溫煖。其腸少以手捫爲妙。倘須割開被染之域點。或須割腸。應小心保護。勿令四圍受染。可將施手術之處隔出。即用已煮之腹布。（乃軟棉布作成約十六方寸）或用蘸鹽水無穢之白紗布條。塞繞其四圍。以免膿或他等之液向內流入。更須十分留意。細心將此紗布記其件數。切勿剪成小塊。乾紗布不宜用。恐其貼於腸面。粘脫其內膚胅也。

縫合割口　縫合腹壁之先。宜將腹膜穴妥爲潔淨。流血處止之。血塊除去。數棉球之數。若割處須沖洗。可用百零五度（41°C）之無穢鹽水洗之。縫合腹壁割口亦有多法。最佳者。可先用羊腸線或絲線續縫法。將腹膜縫畢。次以步結深縫法。用淨絲線。或蠶腸線。將腹肌之肌衣縫合。此線縫均藏肉內。終則用續縫法。將皮縫合。迨後此線皆宜去之。

有處腹膜獨縫甚難。必用步結深術方可。除皮外。凡一切肌膶皆一針穿過。亦有並皮一齊穿縫者。

導液　於腹部手術。約不常用。若外科士施術時十分小心防免滲出血之患。則可坦然將腹膜細

密縫合。倘分開粘着網而恐其流血。或割處之面粗糙。即如由子宮廣筋帶內剜割卵腺冠袋瘤 Parovarian cyst 之後。必須設法令所滲之液流出。用紗布條引之甚佳。平常所用之庫秋管。其內口易被腸所塞。而玻璃引流管。如奇忒氏 Keith 所製者。又若於堅硬。於彎曲之處。不能插入。若用玻璃管。須將無稜紗條塞入管內。有似燈心。此紗條有管性之吸力。可將液送至傷處之敷料。故用小者甚宜。若開有膿之處。如闌尾痒。則必須用導液法。將庫秋管插於膿穴。再以紗布圍繞此管。令周圍生之網成粘着。以護其他處俾不得受膿之害。

第三百四十五圖

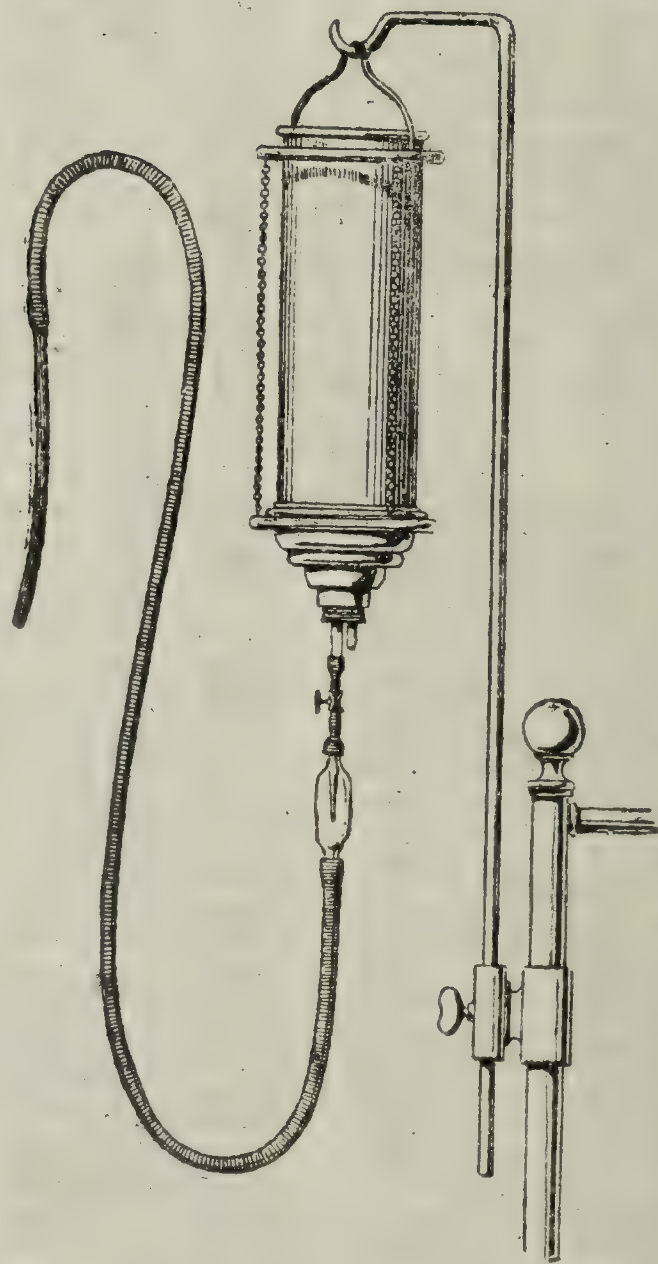


FIG 345 APPARATUS FOR SALINE INFUSION

具之水鹽灌法流長用

後療法 手術已畢。移病者於牀。頭須畧低。如此臥式不必過久。若係腸胃剖通術後。或患佈性腹膜炎症。立用否琉氏坐式 Fowler's position 更佳。(三百五十二圖) 若病者甚顯腦力猝衰之狀。可用熱水瓶置於床上。並用熱咖啡四五兩 120 cc 注射肛內。隨用長流法以溫鹽水灌之。所用之注射肛筒。如

圖式者乃佳。其鹽水宜貯於保溫瓶 Thermos flask 內。必有一百〇五至一百一十 四十·五至四十三·三 之溫度。瓶口安置樞紐。俾水逐滴滴入庫秋管。此庫秋管宜插入肛內至六寸。其鹽水之滴入必須甚緩。乃經一小時射入一磅。600 cc 病者方易忍受。即用至一二日亦可。此法不但能減輕腦力猝衰之險。且補流血之缺欠。並能止渴。亦能助身體排洩其毒。使其多發汗而利小便也。若病者輾轉不安。易受激惹。可用莫非之小分劑 0.016 gm 或赫羅印氯鹽 Heroin. hydrochlorid. 0.0054 gm 注射皮下。若無須令不動。俾其成粘着。則用赫羅印更佳。因其阻生液之功少也。但欲限制炎勢之蔓延。則莫非較佳。無論如何。其分劑愈小愈妙。若係輕割術。如去闌尾時。割畢立用鈲氯鹽 2 gm. 或醋柳酸 1-1.3 gm 置於肛內可也。

割腹後。進飲食之規。近年署有改異。昔時久不許進飲食。近則知其不必。於用迷蒙藥後約數小時不可由口進食固也。但病者若不嘔吐。越數時即可用流質食物。翌日則飲食如常。總言之。近來外科士以為受輕割術。不必禁其用平常之滋養料。若手術稍重。或病者腦力不穩。易於嘔吐。則於飲食上不得不謹慎矣。受割之日。不宜容飲食入胃。割後若有嘔吐。俟其吐畢。可飲溫水一小匙。越二十四小時。可飲茶、或蛋舶、或乳茶少許。後則逐漸加增其飲食。至於特別之割術。如腸胃接通術。或料理腸之一段。則有進飲食之特法。詳之於後。

間有割後。腹即膨脹。數日甚覺不適。約係病人腸胃之氣積滯所致。若用放腸氣筒而不見效。則須

用松節油射肛。松節油一兩 30 cc 鹹水一磅 600 cc 有時須復用之。若不見效。病者仍有腸胃積氣與嘔吐二者。致人疑有腹膜炎。可服瀉藥。如鈉硫强礬二十釐 Sod. sulphas 1.3 gm 每半點鐘服一次。或銻氯弱鹽五劑。每劑一釐。0.065 gm 每小時服一次。以令蠕動復原。除淨穢類及其所生之質。而減血之壓力。若以士的年或厄司連注射皮下。可助腸肌衣之功復原。用蓖麻油二兩。60 cc 或俄利伐油四兩。120 cc 或松節油一兩。30 cc 射肛。亦有時有益。

割口後療法 未有何特法。約八至十日可將縫線除去。隨覆以哥羅弟恩 Collodion 或合口膏條以保護之。亦有用腰帶束縛者。如用之。其帶必須寬闊。若割口已生膿。而後漸生肉芽而瘉。最妙者以膏條護衛數月。以免腹肌牽其瘉痕而鬆離。用鉦養庫秋膏條 Zinc oxid strapping 最佳。因其無惹力也。此法較用腰帶尤效。若因除腹瘴而用引流。或闌尾炎而割斷腹肌者。此法甚爲適宜。

縫處生膿 Stitch suppuration 此爲剖腹手術最煩擾之後患。有係外科技術之錯誤者。但亦不盡然。雖十分小心將縫合料之穢滅盡。有時亦難免其必不生膿。或因縫線太緊。將所束入之腡。索勒過甚。該腡或四圍之血塊。被本身穢所染。致成此患。有人以爲此患之原由。係將線由酒內取出。立即使用。如此則該線必有潰性也。凡線料必宜用無穢鹽水或淡防穢水先洗而後用之方可。按此患發生之遲速不定。其溫度約常增高。如每晚一百度 脈搏加速。有時於施手術後十日或十二日。傷口已愈成瘢。忽有若許膿流出。如現此狀。應設引流。或將顯露之縫線除去。但此可致腹壁軟弱。故宜格

第三百四十六圖

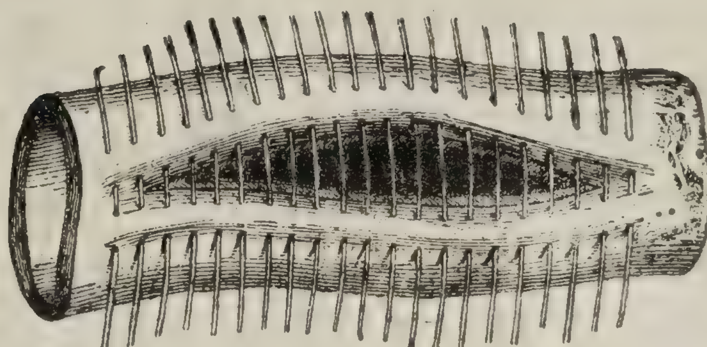


FIG 346 LEMBERT'S SUTURE AS APPLIED FOR A LONGITUDINAL WOUND OF THE BOWEL

連界氏縫術縫閉腸縱行割口

有數縫居割口兩端之外以免此處成窩形

第三百四十七圖



FIG 347 LEMBERT'S SUTURE SEEN IN SECTION, TO SHOW CHARACTER OF APPROXIMATION

連界氏縫術之切面表明縫合相接之形

a	b	c	I
腹膜層	肌層	洒膜層	縫線

外小心。免成腹壁疝之患。

縫腸術 Intestinal sutures 腸內所有之物質。若存留如故。尚無所害。倘流入腹膜穴。必致急性腹膜炎。且每致死。故外科士。凡接合腸端。須甚緊密。使其中之氣及水不能漏出。並適禁腸中輕重之壓力。且於腹膜面縫合處。除漿液膜外。不應顯有他物。否則以後必成粘着。與腸功有損。此不可不注意也。特別之縫法甚多。今擇其要者列下。

連界氏縫術。Lembert's suture 乃發明於十八世紀之末。此法只將腹膜面縫合。而不縫洒膜。倘將腸壁穿透。則腸內之物難免不漏。致成腹膜炎也。其下鍼之勢。與傷口成正角。將漿液膜肌衣作一小摺。深穿至洒膜下層。此小摺應距割口之邊約一寸十二分之一。2 mm 三百四十六圖 牽而結之。傷口之邊則內捲。三百四十七圖 只漿液膜層相對。按此法將

傷口全行縫合每寸須縫至十或十二鍼或照此法而續縫之亦可如順腸之軸縫合割口其兩端必致成竅可另縫三四鍼以閉之倘遇刺傷之小孔此種縫法甚可用須繞傷孔縫之與囊袋之抽口相似緊束而結之可令傷邊內翻。

第三百四十八圖

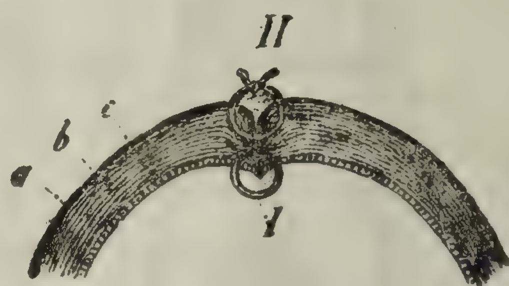


FIG 348 CZERNY-LEMBERT SUTURE,

車連二氏縫術

c 洄層膜
b 肌層
a 腹膜層
II 縫腹膜之線
I 縫洄膜之線

車內連畀二氏縫術 Czerny-Lembert suture 其理相似但縫兩層第一層乃將洄膜之傷縫合。三百四十八圖I 於長軸之傷可按連續縫法縫之第二層即連畀氏之縫術或間斷或連續可按勢擇用。三百四十八圖II 第一層之結爲第二層所遮此縫術不但可縫閉其割口並有止血之功。

第三百四十九圖

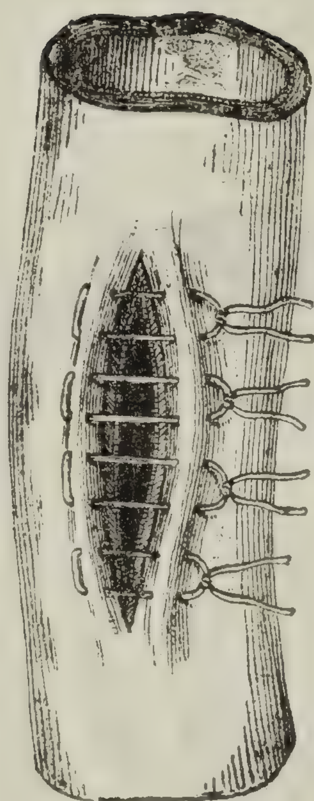


FIG 349 HALSTED'S MATTRESS SUTURE

哈氏褥縫術

哈勒司德氏褥縫術 Halsted's mattress suture 三百四十九圖。此術最佳乃常用者可謂爲連畀氏雙縫術一端作玦一端作結所應注意之處與連畀氏縫術同。有時因腸之一段莫之能動致外科士不克得其外面須由內縫之如剖胃察術。Exploratory gastrotomy 由前割開後須將胃後壁

由內縫合。此種縫法。名物浮勒氏縫術。Wölfler's suture 三百五十圖 第一層將二側漿液膜及肌衣縫合。（I）在內面打結。即向所開腸穴也。繼用第二層線將洄膜縫合。（II）於腸接通術亦有用此法者。及至能用車內及連畀二氏之縫法時。即宜用該二氏之法矣。

第三百五十圖

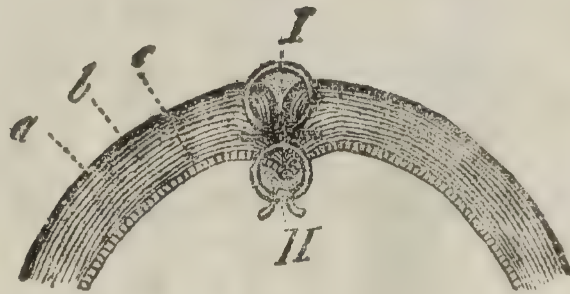


FIG 350 WOLFLER'S SUTURE

物浮勒氏縫術

c 洄膜層
b 肌層
a 腹膜層
II 縫洄膜之線亦向裏而結
I 縫腹膜與肌層之線向裏而結

第三百五十一圖

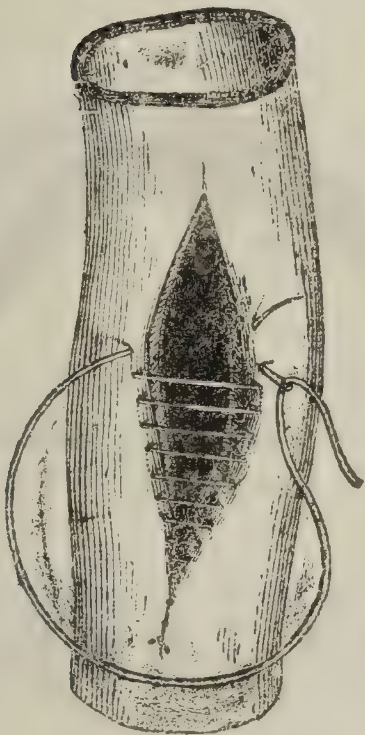


FIG 351 CUSHING'S RIGHT-ANGLE SUTURE FOR UNITING THE SEROMUSCULAR COATS OF THE STOMACH OR INTESTINE

刻興氏正角縫術

以縫腸胃之漿液膜與肌層

刻興氏正角縫術。Cushing's right-angled suture 三百五十一圖 若割口稍大。須用連續縫術。以令其相合者。此縫法乃最妙者也。在割口之一端。接連畀氏之縫法縫而結之。繼用連畀氏縫術之連續縫法。但下針之勢。須與傷邊平行。不作正角。且距割口邊約有一寸之八分之一。3 mm 故割口邊可整齊內捲。但洄膜應先用連續縫法縫之。此法用之於胃腸接通術 Gastro-enterostomy 或與此術相似者亦甚宜。

腹壁損傷 INJURIES OF THE ABDOMINAL WALL

共分三大類。痏、未穿、及穿傷。其最要之關係。在乎有無內臟之加雜患。

單純痏 腹部痏傷。較他處之痏傷無甚大別。由至輕之痏至扯破其肌而傷損甚大者。皆係此類。最常受傷者乃腹直肌。其扯破之由。非只由受傷所致。亦有因忽然抽縮力大而致者。如痙症常見之。在肌間或肌下有血滲出。成一顯明之瘀腫。若肌僅淺面受傷。所滲出之血。必被橫紋所限。倘肌之深面扯破。血則蔓延於肌鞘之內。凡所成之腹瘀腫。最易生膿而成痺。可由一處穿頭。亦或有順肌間而蔓延至力弱之地而穿出者。如腰三角處及腴道淺口等處是也。此膿常有胴桿稭之臭。大約因穢由受傷之腸滲入瘀血內也。有時腹膜之壁層扯破。致顯腦力猝衰。並腹膜內流血之患。約而言之。腦力猝衰為腹痏最顯之狀。若無內臟之傷損。其腦力猝衰不重。亦不久矣。

治法 令病者靜臥於牀。至疼痛及捫痛二者退盡而後已。如有腦力猝衰之患。按平常之法醫之。且用熱敷袱。或用乾熱棉花之實塊敷傷處。則大減其苦。倘腹直肌受傷。可令病者略成坐式。且屈其膝以枕墊於膝下。後日則用合口膏條壓法。或用合宜之托腹帶可也。

腹壁未穿之損傷 無特別之關係。若不兼內臟之雜患。可按普通之法醫之。若腹動脈被斷。其滲出之血必甚廣。故須將傷口開大。止其流血之處。若腹肌分離甚闊。應先行整理潔淨後用針線

深縫之。將受傷之肌或筋膜牽合。如此可防後日成腹壁疝之患也。

腹壁已穿之損傷　有時內臟與腹壁一同受損。亦有時內臟未損。但由傷口凸出於外。無論如何。皆有流血之患。血流之多少。視乎所傷血管之大小。若內臟有傷。腦力猝衰之狀則甚顯。倘內臟只凸出而無傷。則猝衰之狀畧輕。嘗有受傷之人。手持腸之一環。步行至外科士前而求醫者。所凸出之內臟。小腸及膫爲最常見。且有時凸出甚多。若傷口小。易有腸盈血或被勒之患。其最大之險。乃成佈膿性腹膜炎。其染或由腸裂而致。或由外而來。

治法　小心理淨外傷。凸出之內臟照常整理。若凸出者惟膫。不論受傷與否。可縛而截去。若腸凸出。應小心用溫鹽水洗淨。洗淨之後。復回原位。倘腸已畧受痡。亦可復回。但傷口不應全行縫合。須留引流孔。將紗條插入。是以若稚已侵入。或漏糞質。即可防其害。若腸被小刀傷或刺傷。須將該處摺閉而縫合。如小腸已受重傷。倘病者之力足。則可用腸割除術。Enterectomy 否則將腸縫於腹壁。作一人工肛門。Artificial anus 爲暫時之用。若係大腸。則人工肛門乃常用之法也。倘糞質積聚甚多。更必須用之。其法宜按胴剖術。Colotomy　將腸縫於傷口。此人工肛門。異日再設法縫合。有時受傷之人。其累及腹膜與否。不能確定。外科士應割大其傷口。以判定確實。倘漿液膜已傷。更須詳細審察。視其內臟有無傷損。除所論之各狀外。腹壁之傷口應用針線小心縫合。以防日後腹壁成疝之患。

內臟之加雜病 凡腹壁各種之外傷內臟皆可同時受患。而有甚危險之關係。其傷如何。乃在乎致傷之力猛否。及腹壁之力足與不足。若擊力輕。其傷必不重。只有單處痏病者畧顯腦力猝衰耳。若人預知將被擊打。其腹諸肌則健硬。雖擊力猛。而受害亦不大也。若腹肌弛緩。預無所防。雖受小傷。亦可致極大之害。空內臟類、如腸胃胱等。皆可扯破。如該內臟脹滿。則更易如是。實類內臟。如肝脾腎等。可受痏傷。或扯破之。以致流血甚多。若內臟有脂性病。亦易得此等之傷。在肝尤多。內臟因傷而離位者。亦有時遇之。且宜記憶人若忽然受震。必致甚重之腦力猝衰。若腹上處直受震力。更易致此。大約係激惹腹交感腦經之大羅故也。且有時雖無顯明之傷損。而心力脫失。以至於死者。亦係此故。

此類傷之來歷。詳論於各內臟。現只普通論之。醫家對於腹部之損。有重大之關係。倘所診斷者。與傷之實際不合。或於應用手術而有遲疑。皆可致有不佳之景況。 大概腹壁之傷。及腸之破裂。皆賴手術醫之。但貴乎早治。遲則腸癱腹膜已炎。開腹與否俱無裨益。大約必致死。且腹宜開與否。其始似難預定。故遇可疑之症。外科醫士宜用探察手術。較炎已佈散始診斷確實而醫之者。其險尚少。倘病人腦力虛脫甚劇。凡一切手術皆無所用矣。

腹壁之重傷可分為三。 (一)腹壁單處傷兼有內臟之痏。並有腦力猝衰者。雖為甚重。然從無用施腹剖術。 (二)肝或脾破裂。或懸膜扯破。致腹內流血甚多。 (三)空類內臟裂開。致腹膜炎立顯。

腦力猝衰之患。於腹壁受損時常顯之。若內臟未受重傷。只令病者靜臥於牀。在二十四小時之內。其疾或可痊癒。

腹內流血有數類顯狀。乃在乎血流之多少。及受傷之位置如何。除腦力猝衰外。常有之狀。即面白。不安。氣喘。並有流血狀之大波脈。腰之一側或二側有暗晌。其暗晌之位置如何。係腸懸膜之附麗處所致。如血由肝所流者。可引至右腰及髂凹處。但不入盆穴之內。如血由脾而流。可循懸膜之勢下流入盆。其暗晌顯於左腰處。而不顯於右。且應記憶。雖有若許之血。流入腹穴內。並不顯有暗晌之處。因血或隱於肋弓之下。或藏於腸間。或流入盆內也。如流血不重。病者只云有扯撕之疼痛。面白而有血虧之容。血可被吸而痊癒。但常於腦力猝衰之後。體溫升高數日。倘腹膜初發炎。即顯腦力虛脫。久乃嘔吐或呃逆。繼則腹脹而壁硬。以胸呼吸。且腹有一處捫之即痛。若腸已受傷。其痛更顯矣。

治法　病人既置於牀。且已用尋常之法醫其初顯之腦力猝衰。隨應小心查驗病人及其腹。　須施手術之表狀。開列於下。　(甲)腹內流血之徵。　(乙)嘔吐帶血。爲胃裂之徵。　(丙)傷後速現腹壁不動而硬。並有極重之痛。且單處甚有捫痛。此係腸裂之徵。　(丁)膀胱裂之各狀。　以上諸狀。雖腦力卒衰已極。亦應即刻施手術。勿遲疑躭誤。但氣將絕。則無庸爲之矣。多用熱鹽水射入靜脈內。常可使病者復其力。以助外科士定意施治。或注射伊打於靜脈內更佳。倘有甚顯之腦力猝

衰。或兼有單處之痛。而無確實內臟傷損之據。只可按其病勢治之。其病者宜在牀溫煖。或可用少許鴉片以止其痛。及不安之勢。並阻腸蠕動之功。愈少用愈妙。因鴉片一物。最能隱匿一切病狀也。若有嘔吐之勢。須用肛飼法。宜先將肛內洗淨。而後用之。若腹內流血之徵隨後顯出。或於二十四點鐘之內。病者仍略有腦力虛脫之狀。或自云有一定之痛處。且此處之腹壁縮硬。並兼有嘔吐呃逆之患。於此時始施手術。亦或有收效之望。

腹壁另有數等情形亦須注意。腹直肌有時因外傷或因痙症之抽搐。以致扯破。後最易得疝。其扯斷之一段。時顯痙縮。致成虛瘤。於癔症婦人間或有之。施用迷蒙藥即可消沒。

臍症 AFFECTIONS OF THE UMBILICUS.

各種臍疝詳之於後。

炎及瘍後易成癩。其緣由乃因割斷臍帶之後不潔所致。初生兒痙症。及嬰兒痳症。亦原於此。最能致命。且痳症常令四隣之腹壁成疥。如遇生癩之狀。只須潔淨。並敷以防濕粉。或尋常之抹膏可也。在大人亦有患此者。因臍處存有積穢。致該處發炎。或成石生膿而潰爛也。瘜大約從卵黃囊之餘迹而生。用顯微鏡驗之。見有若許之管形腺。被連胴連之。應從根下縛以線而割去。

瘰及痣此患亦能生於臍處。較生於他處無甚特別之狀。疽亦或生於臍處。有爲鱗膚者。由皮而起。乃因受惹之故。有爲柱膚者。蓋由胎之餘迹而生。或由腹內傳子疽所致。如胃或卵腺等處。

臍漏 Umbilical fistulae　此係平常之病。有由先天者。有由後天者。共分爲三類。

（甲）糞漏、其先天者。乃卵黃腸管未閉。而直接通入腸。或由他處間接而通於腸下段枝囊。其所通之路長短不定。即腸下段枝囊所成。有通至腸下段者。亦有此漏在腸端已閉。只有涸質流出者。後天者。約因臍疝被勒而穿破。或因腹膜瘰炎穿破之故。

（乙）先天尿漏、因臍胱管未閉之故。常係單口漏。至胱並不通入其治法應割去涸膜。或用電烙。或割其邊而縫合之。

（丙）膽漏、時見於臍。每因生瘴與膽囊相連。後乃致成此疾。

腹膜症 Affections of the Peritoneum

腹膜炎 Peritonitis. 其起病之原因甚多。且顯有多數不同之表狀。以其起止言之。有急性慢性之分。按佈勢言之。有單處性汎佈性之分。以結局言之。則有庇護致命之別。

病原　腹膜炎皆原於徽生物。其狀多屬血中毒之類。該穉致腹膜發炎。有液滲出。炎輕者、滲出之

液甚多。且限於單處。炎重者。卽係汎佈性類。極重者。於腹膜尚未有顯狀之先。血已中毒而人死矣。

(甲)腸之各部份及其附屬之件。由胃至肛。皆可因之受染。如由外傷而腸穿破者。或由腸病而腸穿破者。或由胃瘍外侵。或由異物堵塞。或由腸被勒及扭結等。致血養被阻之類。闌尾最為常起此病之處。生膿鍊點𥟖及胴桿𥟖為最常見者。但腸中之他種微生物。有時亦可致病。而嫌氣𥟖類尤有是能。胃內之食物。較腸內物之毒力畧小。小腸內之物。係流質易於佈散。故其險較大腸內之糞為大。

(乙)產後受染。因微生物由子宮藉其廣筋帶等之淋巴管以至腹膜。平常係生膿類之鍊點𥟖 故其害多限於盆內各器官也。

(丙)由外致染。如破傷手術等。各類之膿𥟖皆可乘隙而入。惟鍊點𥟖為多。其易於受染與否。在乎腹膜之有無痏傷。設將腹膜倉猝以手執之。或暴露於空氣中過久。其面之內膚脒最易受損而減其抵抗之力。且阻其暕液之功。則易致𥟖類增生矣。

(丁)腹膜炎有時由白濁𥟖而得。其𥟖約由卵管而上延。肺炎點𥟖所致之炎。大約由血而來。或係肺炎及胸膜炎之繼發患。此𥟖經過膈肌之淋巴管而至腹。詳後 急性如馬特症 Rheumatism 之微生物。亦可致腹膜發炎。約由闌尾而起。

(戊)瘰桿𥟖能致慢瘰性腹膜炎。

(巳) 慢純性腹膜炎。此炎具護庇之性質。若有惹性之害緩緩至於腹膜。腹膜之面則漸次增厚。並可成種種粘着膶。久之則能致最重之症。(如腸不通腸勒等)

(庚) 有數種腹病。其起之原因係器械或化學之傷。即如膽囊裂。而膽液滲出。或脾與卵腺袋浮動。及臍之扭轉。致受惹而發炎。此後或因生粘着膶。將該處圍繞。致與腹穴不通。或其炎延至隣近之腸蟠。腸蟠既有癱狀。則穖必至侵入。即成染性腹膜炎。

若將毒質射入獸之腹穴內。漸加其分劑。該獸可生抵染之力。大約人亦如是。因此吾人可以曉然有腹膜之久患者。用手術後。致起汎佈性炎者甚少。

分類 按臨症論之。腹膜炎分爲急性慢性二大類。急性者又分爲汎布及局部二種。慢性者分爲純性瘰性二種。

(一) **急汎佈性腹膜炎** Acute diffuse peritonitis 乃由許多染質染於腹膜穴。(如腸胃之破裂) 或於抵毒力小之時。被少許極毒之穖所染而致。

病體 腹膜之面盈血。畧有粘性。內膚脿生多。漿液膜下連膶痳腫。致失光潤之狀。染處之四圍先有如此之改變。劇者佈於四週甚速。只顯血中毒之重狀。而無他狀。不過二十四小時其人即死。但常見者。乃腹膜內有液滲出。且有時生血絲。全腸蟠彼此相粘。而腸蟠相挨之處。血絲則厚。有時滲出之液極盛。多係膿性漿液。或獨爲膿質。繼則流入腰及盆處。或因有粘着膶。將此等液包於其內

而成袋。所滲出之質甚有染力。故外科士須帶庫秋手套以資保護。倘於施手術時或剖尸時。稍一受傷則最易致連腡炎。或血染穢症。且有時滲液中含氣。其氣由液內之微生物而生。或由空類內臟穿破所至。

著腸胃內之物停滯。即必變壞而腸壁癱。因毒中於腸壁之腦經羅也。後則其膫盈血。即有滲液侵入。或有膿質侵入。有時其膫成爛而橫列於腹內。分腹穴爲上下二部份。將病患限於一處。滲液所生之毒素被腹膜所㗖。致周身中毒。輕重無定。亦有時致腹膜下胭痳腫。其滲液被㗖之速度不緩。由膈肌下面被㗖者尤速。約因該處之淋巴管通於腹穴。速將毒素及穢運至胸膛之淋巴腺也。故腹膜上部份炎之危險。較甚於下部份者。因此必設法將病者立起。或用引流管等。以免其患復向上延。

病狀 其初狀視其受染之原畧有差異。緣多傷而受染者。尋常之狀。即腹痛脹、腸胃氣積、嘔吐等。其痛也。先覺在定處。或痛於臍處。繼則速行四佈。且腹極膨脹。捫之甚痛。若確係此類病。所顯之狀必皆與下列者符合。　病者仰臥屈膝。以便腹肌弛緩。且使衣被不致貼伏其身。腹脹而硬。捫之極痛。叩之、始而全腹皆作鼓嗡。繼則若有流質多積於腹內。則脇處有暗响。但此狀非常顯者。早期、其脉速而硬如鐵線。晚期。則脉弱而急。且易壓。呼吸速而淺。屬胸類。體之溫度。因其原傷之故而增高。繼則血中毒。致溫度低於常平常。嘔吐最烈。或呃逆並作。所吐者初含胃中之質。繼則雜以胆液。或

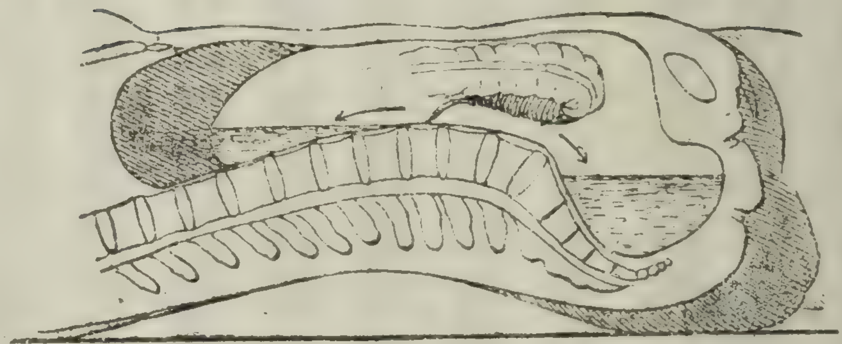
腸上段所含之質。雖常吐不止。但其所受之苦難。較腸塞之苦難畧輕。因腹肌一縮。疼痛即增。故吐出所費之力不大。且腸之蠕動。因炎勢而止。故於腹膜炎症。常有大便結。及腸胃積氣之狀。倘病勢增重。病人之體力則消減甚速。顯有希坡卡特氏面狀。Facies Hippocratica 即臨終之貌 四肢寒凉。溫度低降。終以腦力虛脫。及中毒而死。

若緣於腸忽穿破。其初起狀。即雜有甚重腦力猝衰之患。倘穿破之孔甚大。腸中之質立卽流出。其嘔吐較因他故所致者爲重。以致其人速死。如穿破之處小。腦力猝衰之狀稍輕。病狀漸次增重。病最重者。血中毒之病狀甚顯。約由十二至二十四小時即力竭而亡。但大半可遲至三四日。然亦間有痊瘉者。其痊瘉之狀。乃病者泄出腸氣。嘔吐漸止。單處之狀亦漸消。

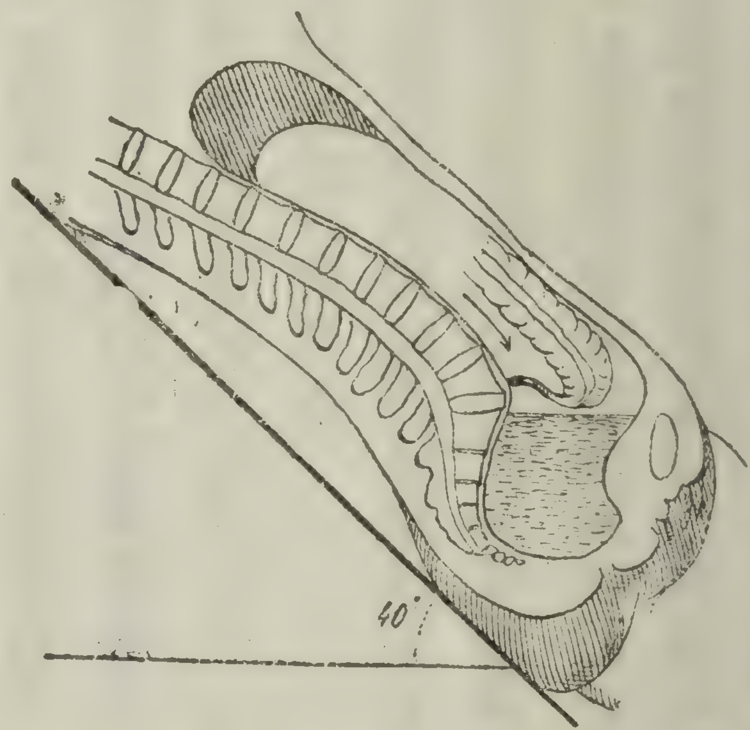
治法 在初期若診斷尚未準確。或未定是否宜施手術。病者必宜靜臥。最佳者。乃按否琉氏臥式。Fowler's position 見圖 頭及身軀宜高三十至四十度。俾腹內之液流入盆內。較勝於後流至於腎窩。致有上延至膈下之危險。　勿由口食物。亦勿用瀉藥。惟用水注射肛。潔淨其下腸。隨復注射鹽水以止渴。未診定之先。莫非及鴉片用之最宜謹慎。免致病狀被其所掩藏也。設令嘔吐減輕。病者顯舒暢之僞狀。必致手術有所躭悞。然莫非畧有限制病勢之用。以待病處生粘着膶。至預備施手術之時。可與莫非少許。既能暢病者之精神。亦能保其身力。　論手術之大小。及其特式。自有不同。乃視乎病之原因。及其顯狀而異。俟後再爲詳論。茲只論其普通之法。　若無確實證據。指明腹之一

側起病。如闌尾破可在腹白紋處作割口。除確知病在腹上半者。在腹下半開之較佳於上半。按施手術之意有三。(一)查其病原而除之。如有破處縫閉。或闌尾破或成疖則去之。(二)潔淨腹穴。而去其滲液。有外科士專賴無稜之綿球拭蘸滲液。若液限於一處而不蔓延。此法最善若有甚多之膿性漿液。居於盆處。或延至腎窩。或膈肌下面。則用灌洗法較佳。所用之鹽水宜熱至一百〇七度。(41.5°)灌洗時宜防腸突出。且有時於兩腰處或脥上另割一豎口。以便滲液放出。隨將無稜管插入。以手持其管嘴。冲洗腹內各處。其滲液即隨割口內所置之管流出。若容腸突露。甚爲不佳。若將腸取出以潔淨之。必加增腦力猝衰之患。其益不敵所損也。總之速入速出一言。其說良然。切宜記腹膜甚

第三百五十二圖



第三百五十三圖



此二圖表明療腹內之炎處作否琉耳氏臥式之益 上圖乃病者平臥若闌尾於盆上廉處發炎所生之液可向上下分流向上者流入肝膈處向下者流入盆處 下圖顯明病者斜臥時所生之液僅流入盆內

有竦力。若其炎未至甚劇。而滲液尚未成膿時。其炎液儘可賴腹膜以消散之。

(三) 凡治此病。約皆須留置引流管之地。用玻璃管或庫秋管均可。至於管內有無紗條。聽其自便。若用奇忒氏管 Keith's tube 其中之紗條。宜日換二次。並用玻璃水節下續以無毯之放尿管。將傷底之滲液吸出。約越四十八小時。可將玻管取出。代以庫秋管。俟滲液減少。再代以紗條。以此法爲之。腹之割口。不宜完全縫合。若腸甚緊張。不易查其病處。或腸突出。不易復回。可將小腸之一節刺一孔。放出其內之物。或將一庫秋管縫於腸內。任其自流。(其腸所成之漏俟後日補之) 此等空腸之法。於結局甚有裨益。然以少動其腸爲佳。若只將腸刺一孔。畢既縫合。則可用鎂硫强礬飽和溶液數兩注射腸內。隨再縫合其腹。亦有割術既畢。將士的年 Strychnine 或厄司連 Eserine 注射皮下者。乃爲激腸壁之不隨意肌絲。俾其活動不致腸脹也。

病者於迷蒙後既復醒。即宜作否琉氏臥式。以助滲液下行入盆部。並應由肛或皮下連續注射鹽水。可沖淡毒素。易於袪出。若注射皮下。股外側最宜。應備空針二枚。先以一針刺此股。待水注入四五兩 130 cc 許。再以一針刺於彼股。鹽水被竦時。針可不動。

既用此法。其病狀約即減輕。如溫度低降。脉搏漸緩。嘔吐亦止。或見輕。疼痛亦減。病者自覺舒爽。人亦見其面容較佳。第二日其腸因氣約即復脹。必設法消之。最妙者乃用松節油射肛。隨用蓖麻油一劑。或用鈉硫强礬一劑。或屢用小分劑加路米待大便已通。病者則覺舒暢。痊瘉有望矣。割口必

常換藥。因在數日內必有多液流出口邊之脂胭及肌筋膜必署潰爛也。液既見少。可漸次將流管剪短。終則以紗條代之。傷口之深處。既生肉芽胭。可用合口膏條將傷口拘近。俾腹壁之健力不致有缺。痊瘉後。用一堅硬之腰帶束其腹更佳。

(二)急局部性腹膜炎 Acute localised peritonitis

約因腹內一處有損害。繞此處之腹膜則粘着。致患處不與腹膜穴相通。繼而生膿。成腹膜內之瘴。但不累及腹膜周穴。此瘴之起。多與闌尾炎或盆膜炎有密切之關係。有時粘着所成之瘴壁穿破。致腹膜成汎佈性炎。或向外由皮面穿頭。或破入空類內臟之內。是皆其結果也。

病狀 病者自言甚痛。捫之更痛。並身發熱、嘔吐、大便秘結。其始不腫。亦無瘤塊。捫之僅見腹壁有抗力。即健而硬。似有保護病處之勢。若滲液加增。則顯有瘤塊。叩之則發暗響或鼓響。此塊係腸膝粘聚而成。有時兼有滲液。多少無定。倘瘤塊居於深處。叩之則無暗响。因腸之一二蟠居於病處之前也。如瘴向外面直穿。則腹壁發炎。色紅、痳腫。捫該處則覺堅。割之有似鹹肉。終則於硬塊有一處變軟。顯動涙之狀。瘴則於此處自破。或被割開。瘴內之膿。有時稀而臭。因其中含有胴桿稜也。當其成瘴時。疼痛加重。周身甚覺不爽。若以無稜法割開膿穴。用引流放膿。瘴穴則速見縮。以至痊瘉。但腹膜所有之粘着。日後可阻腸之動能。倘瘴與腸有相通之路。後則易起糞瘺之患。如瘴壁已染雜稜。將成慢性之膿患。而病者體力大受影響。若欲定其是否生膿。實非易事。然屢用數血白脉法。則

大有助焉。見前第五十六頁

治法 令病者靜臥、少食。或用莫非少許。並於局部敷以熱物。下段之腸用注射肛法以淨之。多可收效。若已有生膿之狀。即速治勿緩。恐炎勢佈入腹膜大穴。或穿破入腹膜穴中也。當此時。尤宜早用探察腹剖術甚宜。可按醫闌尾炎法治之。庶不致有悞。

(三)慢純性腹膜炎 Simple chronic peritonitis 與外科罕有關係。以其性質論之。屬庇護之類。非致命之症也。此患之特狀。即腹膜受侵而變厚。故腸壁較堅。可禦稵類侵入。此病或限於局部。或延於四周。大約繼炎症而起。延於四周者。繼已瘉之腹膜炎而起。諸腸相粘甚重。膫捲縮而成索形。橫列於腹上部。遲早慢性塞患必由之而起。　單處之損傷或炎。尤爲起是症之原因。損傷而起者。有粘性之淋巴佈於所傷之漿液膜處。故膫腸與之相粘。腹剖術割口之深面常顯如是之狀。　因單處炎而起者。最易粘着。如胃瘍、闌尾炎、懸淋巴腺腫大。及卵腺生膿等症。皆與此患有密切之關係。如情形順。在早期時。所有之粘着可以被嗽。儻不被嗽。藉腸之動力。可變其形。而成長圓。有似筋帶索。此常爲急性腸塞之原。　觀膫之列式。即知其何以常受累及。亦可知其何以阻炎蔓延也。　腸之粘着有時不顯病狀。但或致胴犿。並令蠕動之功無軌。亦有與腹壁粘着者。即如胃粘着。必致該處常覺疼痛。故宜用探察術查驗之。

(四)瘰性腹膜炎 Tuberculous peritonitis 此患大約只限於幼年人。其因大都由他處瘰染及。如

腸瘰、懸淋巴瘰、卵管瘰、精腺瘰等。有時只限於腹穴之一部。起自盆及闌尾者多如是。但佈於全腹膜者亦所常見。其顯狀有數類同時而顯者。有一一相繼而顯者。

（甲）腹瘀類。腹膜變厚盈血。瘰粒佈散於其上。其粒有小而色灰透明者。有較大而成豆腐質者。滲液甚多。色似禾稈或似血清。病劇者。液內含血。　腹膜面皆顯片片之血絲。但腸無甚相粘之弊。有時其液被腸蟠限於一處而成爲袋形。

（乙）筋膶類。有闊大之粘着。將腸彼此相貼。結而成團。粘着之間有瘰域點。且懸膜受累。致其縮縐。將腸定於腹後壁。臁亦常爲其所累而向上捲縮。成爲長軸之瘤塊。橫列臍上。滲液甚少。且常被包裹。有此等形狀。腸易致扭而成塞症。

（丙）成膿類。其特狀乃於腸蟠之間有瘰域點。先有似豆腐之質。繼則生膿。此膿瘴易破入腸。或可破入兩腸蟠之間。致成一相通之瘺。且有時向外穿至皮面而破。臍則爲其常破穿之處。後或致糞瘺之患。　以上諸類。有時可被腸內之胴桿毬所染。致有急佈性腹膜炎之狀。

病狀　其狀最雜。初起時難以辨認。　初爲急性者少。其狀即腹痛脹。體溫常高。可令人疑爲腸熱症。但腹壁不硬。捫之不甚痛。叩之可知其腹穴有流液。雖有嘔吐便結。但不甚重。此類病者。其身體自必消瘦甚速。　慢性類。其早狀即體弱。腹覺不適。且常作瀉。或便結瀉相迭而作。體溫顯潮熱之狀。間或少痛。但時痛時發。徒增其痛弱之狀。繼則漸漸加重。體瘦如柴。腹亦凸大。用捫法查之。其腹

內之狀。按其病類各有不同。

治法 初起時得內科士治之。或可見效。於急性類見效尤易。應用衛生法。使病人居清氣中。常作倚坐之式安置牀上。多用精美易化食料培養之。亦可服魚肝油。並可用腸內之防穢藥。如撒斐幾阿蘇等品。腹外施用氯酒或抹膏。在內科醫士中多認可此法。他醫則喜用錸雜膏 Scott's dressing 注射瘰穢素。Tuberculin 或有良效。如無效。則應從事手術。若係慢性腹痳類。理宜用放液刺術。或腹剖術。將腹中液放出。如用腹剖術。萬不可灌洗。應將割口全行縫合。此法大約百人中有七十五可因之治痊。但須先審俄拍所寧之指數 Opsonic index 如何。而後用瘰穢素之小劑注射之。以增備其力。急性者。割開之後。其傷口常易染瘰患。因腹穴中所出之液染力甚大之故。且割口痊合亦甚遲。故於此類常不甚喜用手術。無論全腹或單處有膿。其粘着處皆易於撕裂。致膿外流。不必搜索生膿之域點。恐易扯破其腸也。醫治此類。其效較上類大遜。百人中約有四十人致命。其醫治之理有二。(一) 去其滲液。及其內所含之毒素。(二) 腹內瞷中之血漿加增。此係用腹剖術後之確效漿內具有敵素。可滅瘰粒之生機。由是觀之。倘用腹剖術過早。亦無大效。因此時血中之敵素尚未發生足用也。

肺炎穢性腹膜炎 Pneumococcal peritonitis 大半係肺炎或胸膜炎所染而致。此穢由血運或膈之淋巴管傳至。且有時初起之染域點。居喉及中耳內。但不多見。有時此肺炎點穢穿無疵之涸膜。致累及腹膜起病。如由腸及闌尾等處而來。或由卵管而染。其路徑尤直而捷。此症幼女每易患之。多係急性類。或旋起旋止。成一慢性瘧。又或其起頗急。厥狀甚重。若係急性

者在早期疼痛嘔吐較重且畧作瀉。體溫過度。膿質緩緩蓄積而無特別之疼痛。膿質先聚於腹之下部。漸充諸全腹。即其腹穴暗晦甚顯。病者立即消瘦。或其膿於臍處穿頭。膿流出之後。亦有自癒者。若係較急者。與上論之膿點䅘類同。力易耗竭。死期亦速。有時其特狀即洩瀉者。其膿常與肺炎膿胸之膿相似。內有許多假膜。但平常所見之類。常見其中有肺炎點䅘。數其血脉可見有白脉過多狀。因膿點䅘所致腹膜炎之重者。絕無此狀也。急性類之治法。即用腹剖術及引流。但病輕者。宜小心看守。按狀施治可耳。

白濁性腹膜炎 Gonorrheal peritonitis 常見於婦人。乃白濁䅘由子宮向上直佈而致。或繼卵管卵腺發炎而起。或同時並發。(男子間有患此症者)平常必有白濁症。所流出之膿多少不等。此患約於經期之後。或由手術治卵管卵腺之後而起。其起急促。患者自謂盆部極痛。嘔吐、腹脹、發熱。捫盆上口邊之上。覺有腫塊。倘醫之得法。其患即速減輕而癒。但易遺粘着。致日後不能受孕。或卵管存滿遺膿。(卵管膿)又有滲液甚多者。但有界限。故症之結局約佳。 治法宜令歇息。腹上敷熱濕布。用熱水灌洗陰道。節儉飲食。若收效弗速。可於腹之中線用剖腹術。俾膿流出。並置引流管。卵管、卵腺、皆應查視。有時須全行割去。方可收效。

膈下癉 Subphrenic abscess 生於膈之下面。分兩類。一腹穴內者。此最常見。一腹膜後或外者。腹穴內者。亦或居於肝下。

病原 病原甚繁。其狀因之而異。(一)由胃起者。常見。多由慢性瘍而染。倘前壁受累。其癉之界限如下。後有小膫、胃。上有膈及肝左葉。右有鐮形筋帶。下有胃或膫與腹前壁之粘着。第三百五十四圖 此癉

第三百五十四圖

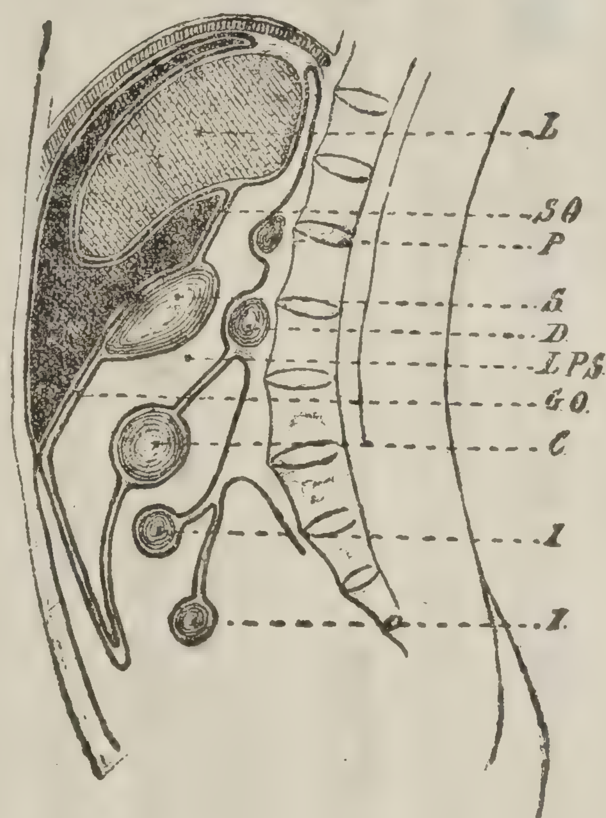


FIG 354 DIAGRAM OF SUBPHRENIC AND SUBHEPATIC ABSCESS DUE TO EXTENSION FROM AN ULCER OF THE ANTERIOR WALL OF THE STOMACH

此圖表明膈下癰由胃前壁之瘍所延及者

S	I	GO	LPS	D
胃	小腸	大膫	腹小囊	腸上段
C	L	SO	P	
胴	肝	小膫	腰腺	

常在骶尾之左穿頭。若瘍居於前壁近賁門處。癰則生於近脾處。穿頭常在左肋骨廉之下。若癰生於挨近後壁之處。腹膜之小囊必充滿膿質。並有粘着使膫孔封閉。膿不克由之而出。胃被擠向前。膿則向上。每於中線之左胃之上而顯。但最多見者小囊先已閉結。而癰生於腹膜後之胴內。(二)腸上段瘍起者其狀亦與上相似。倘瘍居腸上段之第一二部份。則易生腹膜內癰。癰界係肝、胴、膫、及腹前壁。有時膿能於肝後上行。若因腸上段瘍所致之腹膜後癰。其膿必於肝膈之間上行或下行至腰。(三)闌尾亦爲膈下癰之一原。膿由腹膜之後外行或循升胴之內外壁而行。(四)亦有由肝、胴、腸、或腹膜後網而染者。如腎、肋骨、脊骨等生癰是也。　有云凡膈下癰。約百分中有八十係胃及腹上段瘍而致。

癰內或獨含膿。或並含氣。此氣或因與腸相通。或因胴桿穉之作用而得。癰既生於膈下。必漸延闊。

致使膈移上。並染及胸膜。其染或由淋巴管之𠲿力。或由相續之[illegible]而致。即令胸膜穴之底滲出漿液。或生膿。若係膿。則名爲胸底積膿。

病狀 其狀頗不同。或猝發。或漸顯。溫度升高。有時發寒顫一二次。腹上處疼痛。兼有嘔吐。便結。呼吸時其疼加甚。上傳至肩。捫之、腹一側之肌勁縮。或一處腫高。叩之、按其內之爲氣或膿。而有暗响鼓响之別。 肋間或有凸脹處。右側之膈有時被擠而高起。肝下降。倘癰內含氣。則於肝肺兩音之間。叩之則得鼓响。左側心膈同時被擠向上。但心不移位向旁。此爲膿胸與氣胸辨症之要點。用X光線。可見膈向上離位之勢。並見受患之側失其動力。成膿與否。數其血脎即可推測而知。

治法 以割開引流爲妙。多有循肋下廉際開之者。但有時於相對處仍須另作割口。倘癰不向前凸。莫妙作一割口穿過胸膜穴。與醫某種肝癰之法相同。割口居腋中線之後。應截去第八九肋之一段。若兼患膿胸。可先用引流。繼再於膈處割口。若已穿有孔。則勿庸割之。倘胸膜穴未受其染。應於未割膈肌之前。先將膈上漿液膜與胸壁膜縫合。然後割孔可也。

腹疢 Ascites 腹膜穴儲積液。名曰腹疢。常屬漿液類。此症之原。多關於內科。如肝變硬、慢性伯瑞特氏症、及各種心症是也。亦有由匯靜脈被壓而致者。如肝橫罅之淋巴腺受腸胃生疽之累。或因腸上段瘍。及胆囊石、而生筋瘢等。倘腹膜偏生惡瘤。或因帶蟲袋瘤之惹等類。皆足令腹積存流質。

乳糜性腹疢又名乳白腹疢 Chylous ascites 乃液內雜有乳糜。脂育汁 其色似乳。平常之原因。多係總

淋巴管(胸導管)被胃疽之淋巴腺子疽所壓。致乳糜池(脂肓汁囊)破裂。

成袋性腹𤸎 Encysted ascites 乃腹膜穴因發炎而成粘着。致其穴之一部份積𤸎而脹也。

體徵 腹𤸎易識。即腹脹似桶。且腰處凸起。患者仰臥。腰處有暗响。暗响之上界。四圍相平。但近臍處有空响。此緣腸蟠浮上而致也。若使患者反轉側臥。則暗响空响之位亦必遷移。最高處則顯有空响。若懸膜甚短。或腸被束於腹後。則不復作空响。如以手拍之。有動浪傳至彼側。其液亦充滿腹膜枝袋。如精索膜、及疝囊是也。

診斷 腹𤸎不難診斷。但醫者必尋得其源而後已。有時放出液。雖易捫知腹內臟。但其原尚難尋出。

治法 醫治之法。隨病原而異。若患者因腹脹而氣喘。宜施放𤸎術爲要。平常放𤸎之法。即使患者坐於椅以絨布帶束腹。撕裂布帶之兩端。至距中點六寸爲止。將未撕之部份置腹上。其撕開者繞過腰後。令助者之手持定。以壓擠腹中所存之液。先應小便以空其胱。繼小心叩腹。尋响聲極暗之處。隨即滅淨皮上之穢。再以刀割一小口。繼用合宜之套針刺入平常刺針宜在腹中線臍下之處。若於腰處刺之亦可。有醫者喜將液緩緩放出。以防腦力猝衰之患。故以用二三導𤸎細管爲妙。腹膜放後。常復儲積。故仍須再放。若病原可疑。醫者應於腹壁鬆時。小心用捫法。以查內臟。若遇難辨之病。則按胅學驗液。如係惡瘤症。有時可尋見疽胅及血。倘其原仍不克定準。施探察腹剖術。則

甚有助。

若因肝變硬而致者。用膫腹縫術。Epiplopexy 有時獲益。此手術之義。即解脫匯部之阻碍。俾血過大血運之靜脈也。其法乃將大膫縫於腹壁。令成粘着。施此手術時。宜用引流法。使腹膜乾潔。有謂其所以見效者。因得引流之力也。然因此而死者亦頗不少。肝小者更甚。若肝膶過長而變硬。常能見效。此法現已試用。所得之據。即於合宜之症其效甚速也。

大膫症 新名大網膜症 AFFECTIONS OF THE GREAT OMENTUM

大膫關於外科處之最要者。蓋在腹中遮護腹內臟。具有移徙之能。故能將薄弱及欲穿破之處或受染處護衛之。則病者不致有重炎症之虞。其所以能保護者。乃因其所生之粘着。但此粘着因常動則長而鬆。後即成爲索形。且可因此而致各種之腸塞患。膫之保護力。各外科家均已承認。故於療腸時。將膫掩於腸壁之割口縫合之。以保不虞。此等預防法。只偶然用之。最善者。將膫割去一塊裹於腸而縫妥之。　膫時有扯破成孔之患。每因外傷所致。其狀即疼痛、腦力猝衰。與腹內流血之狀相同。但或兼有他傷。日後此孔或爲勒疝之一處所也。

急性膫炎　常因治疝之縛線有穢致染。其輕重視穢之毒力而別。但常爲急佈性腹膜炎。輕類者、或成局部炎。大約皆成膿。有時腹膫內積膿甚多。

臏扭轉　此多由疝不復囘所致。右側多患之。常因用猛力而起。隨即靜脈積血。血漿滲出。後成粘着。倘時過久即成痳。或成佈性腹膜炎。大約偶然起於右髂凹及陽囊處。痠痛。並有便結。嘔吐之狀。腫處漸甚。捫之有覺疼之塊。向上直至髂處。叩之有暗响。其响有時能至腹上處。體溫如常。但脈至加速。　治法宜用手術。並將受累之臏割去。

慢性腹膜炎。無論爲純性或瘰性。常令臏上捲成卷軸形。在臍畧上橫列腹中。若在臏及肝之間叩之。常有一帶作甚淸之空响。此爲診斷之確證。

臏亦能被子痘疣所侵。有時可以捫出。症之能否割治。常藉此以爲斷定。臏痘變壞似膠者甚多。於剖屍室內見有似膠頗大之塊。即臏痘所成。亦常致有許多滲液積於腹穴內。

腸懸膜症 新名腸系膜症　AFFECTIONS OF THE MESENTERY

懸膜諸傷。皆因穿傷或未穿傷而致。或腸與懸膜同時有扯裂之傷。而顯流血之狀。繼由腸所染。致成汎佈性腹膜炎。　懸膜獨受傷、而未傷及腸壁者。多由穿傷或槍彈所致。流血之多寡不定。若患者未死。腸之滋養力或大受其害。如用探察術得其傷處。宜急止血流。縫合懸膜之孔。止血時宜注意腸血管之養功良否。倘縛懸動脈之大枝。而慮其後成痳。則不得不割取腸之一部份耳。

懸膜血管結血塊　除勒及扭結之外。常因動脈被漂團所塞而起。但有起於靜脈由肝而下延

者。亦有由腸瘍而生者。先有急痛。繼顯急塞狀。腸被靜脈血盈而成疥。有時腸內有帶血之滲液。致大便色黑。腹膜穴內亦存甚多帶血之漿液。後則變爲惡臭。除施剖術外。少有能診斷者。祇割取變死之腸。其割口暫不接縫。或稍有望耳。倘患者不至於死。後再將腸接續。

懸膜淋巴腺" 有時因腸病致淋巴腺發炎。如腸熱症是也。此則不必特爲注意。如生膿成癰。則須開而放之。若病勢不如是之重。腹膜必同患單處炎。致炎處滲出粘性之淋巴。此淋巴能與腺浮廉、或卵管繸端、及大腸脂繸等相粘。此等之粘着。後能致腸塞之患。 凡腹中因病所起之帶。大半與懸膜相連。

懸膜淋巴腺瘰症又名腹膜瘰炎 此症小兒多患之。約係腸瘰所染而致。若懸膜受累甚大。則僅有衛生及藥療二法治之。有時其效頗著。但日後或成瘰性腹膜炎。亦有時淋巴腺漸成鈣礬。如用X光線視之。易誤認爲腎胱管石。亦有淋巴腺變爲豆腐質。或液化以致生炎。如累及腸下段之下部份。可致誤診爲闌尾炎。有時於髂凹處成爲巨塊。可用外科法割去之。亦有淋巴腺生膿者。故外科士應小心著手。與割闌尾炎瘫相似。且有時淋巴腺與隣近之處相粘。或致成腸塞之患。

懸膜袋瘤 此患少見。多由淋巴管而起。單性者含淋巴或乳糜。多數者係淋巴管痕大而成。有時見有血袋瘤。皮膶袋瘤。此二袋瘤約生於腸下段之懸膜。即在臍後或署下。腹中漸顯一有彈性之圓塊。可左右移動。腸之動力或功用常受其擾。如生長甚大。則叩之有暗响。但常有腸受病之蟠

橫過袋瘤面。致易誤斷爲卵腺袋瘤。或胰腺袋瘤。但不施剖術。則難診斷明確。其治法即用剜割術。或割口用引流。已被累之腸蟠割去與否。聽醫自便。

瘤　有生於懸膜之根或後者。多係腹膜後脂瘤或疕類。脂瘤生長至極大。所以致命者。因壓及各要經也。疕之組織。雖近似脂瘤。但早侵入鄰胭。非剖腹不能斷準。應割取與否。須視其與懸血管之連屬若何。萬不可傷其血管。至於腹膜後疕。鮮有能剜割而去者。

胃症　AFFECTIONS OF THE STOMACH

胃之賁門。居於第七肋肕與胸骨之交點後。相距約四寸。(100 mm)胃底最高之處。至第五左肋與乳頭線相齊。胃空時幽門居於身之中線。在胣上峽與胅節之中。(此名阿地森氏經幽門之平面)滿時幽門畧偏右而微下。若用聽法及叩法。可辨明其下廉。即將聽診器置於胃處之中。由此向四圍叩之。一至其廉。即因其變响而知之矣。

若因病發痕。其胃即向下而大。幽門及小彎仍居原位。因被胃肝臁所繫。故向賁下凹。成爲囊形。致所含之流液積而釀氣。有時蠕動之浪現於腹面。若以指叩之或壓之。可聽水之滌盪聲。若插通胃管以氣吹入。或以灌氣筒灌滿。或飲生炭氣之藥。如果酸及炭強礬之類。各十至二十厘。(0.7—1.3 gm)皆可令胃脹氣而顯其大小及形式。　用X光線以顯明胃之動能及形式甚佳。其法乃於粥或牛乳加饅首。並加鉍氯氯鹽一至二兩。　Bismuth oxychlorid (30—60 gm)作餐食之。隨以X光線隔時照之。如此則鉍影可顯明胃形之改變。(第三百五十五六等圖)胃大彎之位宜在臍下。(因鉍餐之重所致)越四小時其胃即空。又有一法。可直見胃之內面。(乃用腹診鏡)

RADIOGRAMS OF THE STOMACH AFTER BISMUTH MEALS

第三百五十五圖

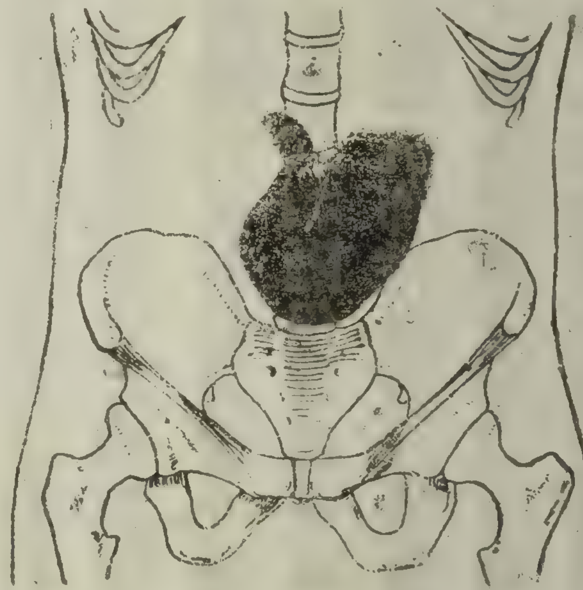


FIG 355 MODERATE GASTROPTOSIS

第三百五十六圖

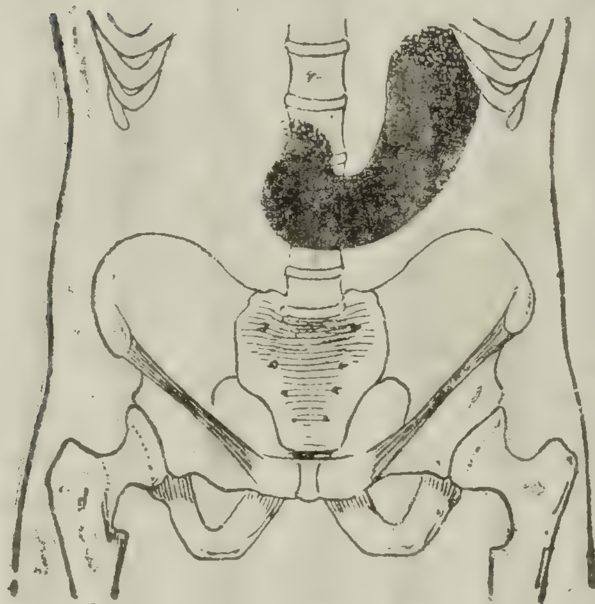


FIG 356 NORMAL STOMACH

第三百五十七圖

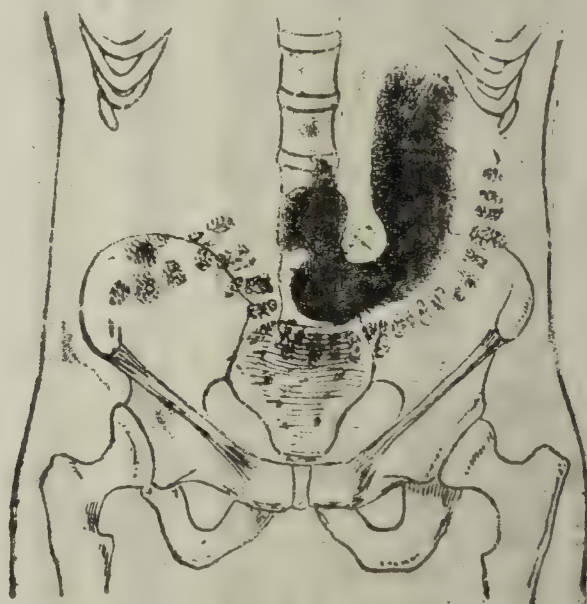


FIG 357 CANCER OF STOMACH

The excavation of the upper border of the shadow marks the site of the cancer

第三百五十八圖

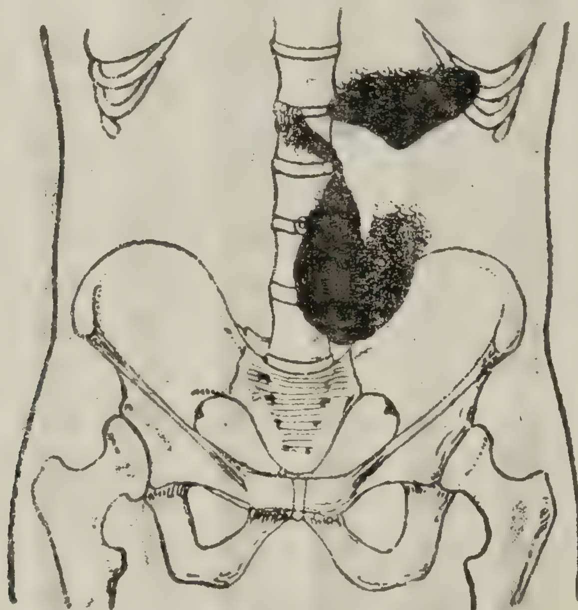


FIG 358 HOUR-GLASS CONTRACTION OF STOMACH

若細查胃液等物。即知其胃之功用如何。最佳者即用餐試法。乃用烤麵包一片。茶一杯。空腹食之。約一至一小時半。用胃筒或食管筒吸出其液。如下查之。(甲)化學查法。計其酸共若干。其未化合之鹽氣酸之度如何。並視其有無乳酸。(乙)顯微鏡查法。視其有無酵菌。及有無胃八聯點毬，或他類之毬。更查其

有無長形不能動之波阿司俄拍勒氏桿𦻘及瘤質、膿脒、或血等。無病之胃。大約無微生物。因與食物一同咽下。速於消化也。但患牙齦膿性炎者。胃空時可見其有𦻘。其𦻘與寄生於牙齦者同。用餐試法查胃所得之表樣如下。(一)正常之胃可吸出其液二至四兩。其內無未化之食物。有未化合之氫氯酸。每百分內含一分五至二分。(1.5—2.0 %)且無乳酸。亦無微生物。(二)由胃瘍之胃所吸之液。與正常同。或減少。其食物全行消化。未化合之氫氯酸加多。每百分內含二分半至三分。(2.5—3.0 %)無乳酸。亦無微生物。有血少許。或無。(三)缺動功之胃所吸出之液加多。由六至八兩。食物未盡消化。未化合之氫氯酸減少(0.5—1.0 %)或無。亦有乳酸少許。或有乳脂酸。並有酵菌及八聯𦻘。(四)胃底疽所吸出之液如常。或加三至五兩。無氫氯酸。但有乳酸千分之二至千分之五。(0.2—0.5 %)有時液內含波氏桿𦻘。並含疽之細屑或血。

胃破裂 因腹上處受擊。或因跌傷而致。飽食後尤易。平常破裂處在幽門端。或胃大彎近賁門處。有時因穿傷而致。如刀刺、或墜於釘欄之上。鄰近內臟常受其累。而肝與脾尤為常受累者也。

病狀 其狀最重。即腦力猝衰。腹上處疼。兼以嘔吐。所吐出者時雜有血。立能致急染性腹膜炎。速顯腦力虛脫而死。若傷處甚小。或胃內空虛。則所滲出極少或無。後必成一單處腹膜內癰。該癰被粘着。則與腹穴相隔。但遲速此癰必破。其膿入胃或胴。或他空器之內。亦有向外穿頭者。更有粘着處破裂致成汎佈性腹膜炎者。倘胃後壁損傷。其病狀與胃穿瘍之患相似。

治法 診斷既確。應立即剖腹。勿少遲延。不然每致無救。在臍上腹中線割開。尋胃之傷處。將傷口用車連二氏雙縫術縫閉。此術乃將傷邊內捲。縫過傷口兩端。(第三百四十八圖)且將所流出者小心擦淨。

若腹膜穴尚未發炎。即不用灌洗之法。恐將染質冲至他處也。若胃後壁受傷。如槍彈所穿者。宜割臍作孔。以尋察患處。腹膜之小囊須潔淨之。 若早施手術。則腹膜炎勢畧小。或可將腹壁割口全行縫合。但常法須在腹膜穴上部份插紗條。以作引流。倘腹膜穴已發炎。則用急性腹膜炎療法甚宜。

胃中異物 或由偶然吞下。或故意吞之。或係胃中自行凝結之質。如髮毛等。每因逐漸積存。後成巨塊。如存者係髮。則詢其病歷自知。如係毛團等。則顯胃受惹之狀。而自不解其故。至毛團積久而大。每誤疑爲瘤。 治法最佳者用剖胃術。將異物取出。倘異物之體僅小如錢。可容其自下。

急膿性胃炎 Acute phlegmonous gastritis 此因胃洄膜下層被穢所染而致。該層被白膿、及血絲性滲液、並微生物、及穢等侵入甚多。鏈點穢尤爲多見。故患此者、約終必生膿而成佈膿性之侵質。或成一單處癰。大小無定。或胃之全洄膜潰脫而吐出。若人不立即因力耗竭或血中毒或佈性腹膜炎而死。其胃亦必有闊大之變窄。必須用手術治之。此症多見於患慢性食滯之男人。其起之原因。或係所食之物不宜。或飲酒過度。或吞食潰藥等。亦有繼胃潰瘍而起。或施割術後而起者。其狀即胃處疼痛。常吐、輾轉不安。有時發狂。或腦力虛脫。脉搏加速。身體畧覺發熱。大約斷定不易。只按狀施治而已。灌洗胃內。或畧有益。

胃瘍 Ulcer of the stomach 此係最常見之症。然不可輕忽。蓋由此而起他病。或患此而死者。頗爲

不少。現只論二種。其他種無庸悉述。

(甲)急性瘍。罕有大於一角銀錢者。常循胃上廉生於賁幽二門之間。生於後面者較前面爲多。此瘍每叢生。且有兩相對生者。似由互染而然。其形圓、邊利而明顯。所蝕壞之胃衣、外較內逐層減少。而成酒杯形。穿破時。不在中點。多偏於一側。剖尸者常見胃內有星芒形之疤痕。此可爲急性瘍能以自痊之証。除瘍居於幽門處之外。罕有狹窄之患。惟此種瘍多致流血。但鮮有致命者。

(乙)慢性瘍。其形頗大。有時可累胃衣數方寸。平常獨生。居於胃後壁近幽門處。日久增闊。漸及幽門。其形無定。初起圓形最多。惟馬蹄形之瘍其患最甚。因能由胃小彎至胃之二面向下蔓延。終致胃縮作重瓠形。瘍邊凸起而硬。且受侵胃壁變厚而硬。若患此症日久。則必蝕及鄰近之網。如胰腺等是也。有流血甚多。因而致命者。因累及胃動脈之大枝。或脾動脈。或瘍四週之瘢曲靜脈破裂所致。胃外衣起粘性炎。或生膿性炎。皆所不免。且易成各種結瘢之縮式。　夫患胃瘍者。女多於男。大約女居四分之三。十五至三十歲易得之。係急性類者居多。若不穿破。罕能致命。惟慢性瘍。則男人易患之。雖穿破較少。然最易加危險之雜患。以至於死。患此症之年齡。大約由三十至五十歲。此症之原因、及病狀。治法。已詳論於內科學。但有數患由此症所致。須用外科法醫之。醫者所宜記者。瘍若日久。可致惡症。故有時須施手術治之。

(一)**流血**　常流血及流血多者。死數較多。每起自動靜脈。或毛細管。初不易遽得其源。幼年人之

淺瘍。所流之血約由毛細管而來。署重者。則由小動脈而來。慢性瘍較深者。可致大血管破裂。或至致命。若脾動脈、或胃動脈受累而流血者。無法可救。　有時血流遍胃。剖胃視之。見其全面皆有血淋出。其故尚未查悉。初次流血致命者甚罕。故先以內科法醫之。若血頻流。則須施外科術治之。若血少而常流者。可用腸胃接通術。俾胃安息。瘍可自痛。如流血較重。宜尋流血之源而治之。即剖腹將胃全行露出。胃衣之縐厚處。即指明瘍之所在。否則須循胃之長軸。將胃前壁剖開。以察其內面。如見血流。即鑷起縛之。或將全瘍鑷起俱縛束之。或以烙具烙瘍底。有時可將全瘍割去。倘此諸法用之無功。則須用腸胃接通術。自獲美效。

（二）穿破　此患不少見。若不早行診斷而治之。其危險甚大。患在胃前壁者。較後壁爲多。一七比一因前壁多有動力。阻其生護庇之粘着也。幼年人賁門端被累多於幽門端。但中年人患慢性者。其穿孔多近於幽門。在胃小彎處。　有人謂有兩處穿破者。百人中有二十人。然不能無疑。其穿孔之大小不一。或小如針孔。或大如一角錢。其瘍邊腫而發炎者亦有之。若係慢性。則厚而成瘢。不能自閉。其病狀、視其穿孔之大小。及胃內之虛實而異。若前壁穿一大孔。胃內所含之質。易流入腹膜穴。患者自覺腹上處極痛。腦力猝衰。且將速起急佈性腹膜炎。如不早用外科醫之。則無救矣。若穿孔小。而胃內空虛。其初之疼痛及腦力猝衰之狀。越二十四小時漸退而自痛。此因穿孔被淋巴或膫塞閉也。但有時只漸漸滲漏。其初起之狀較輕。腦力猝衰之勢亦微。惟腹上處覺痛。捫之更疼。腹壁亦

堅硬。腦力猝衰既顯之後。暫似見痛。但繼則增重。致全腹膜顯佈炎之狀。

用之。尚可有救。若未至十二小時。亦或可救。但此時已過。少有能救者矣。

判症結局 胃瘍穿破之結局最爲不佳。早用外科法尚可收功。不然則腹膜一發炎卽無救矣。接病症統計表所記。不用手術療治而死者百分中有九十五。故手術愈晚則愈無望。若越六小時

治法 如確有不宜用手術者。宜令平臥以肛飼法養之。用莫非以阻腸之蠕動。或稍有望。施手術固愈早愈妙。但能待一二小時。容腦力猝衰之勢已過。則更妙矣。施剖腹術時。在腹中線割口乃佳。因不知穿破果在何處也。前所論醫穿傷之例。用於此症適合。至用絮包蘸去流出之胃物。及灌洗腹穴等法尤佳。既已尋出其瘍。無須割取。只宜用連畀氏縫術。將穿孔縫閉。且令穿處內捲。合掩於內。有時因孔邊厚硬。內捲甚難。亦有穿孔以不縫合爲妙者。或穿孔所居之處無法縫合。可用無旁孔之引流管插入胃中。繞以紗布。可免漏入腹膜之險。暫施肛育。則其痛日後亦不難自行閉合也。施手術時。須查驗腹膜小囊。因此囊可由他穿孔或由臍孔以受染。倘於臨症時。見甚重之病狀。在開腹時。觀腹膜大穴無恙。小囊亦無炎。則須查驗闌尾。因闌尾所顯之狀。有時與胃破者相似。未縫合腹壁割口前。是否應用腸胃接通術。須用心審查。設穿孔累及幽門處。恐日後有縮窄之患。如其人身力足壯。則立用此術。不然。俟諸後日。恐粘着已成。施行手術甚難。或無從施用也。

後療法與汎佈性腹膜炎同。患者臥於牀。宜速用坐式。二三日禁用食物。只用肛飼法。用松節油射

肛藥滌淨腸道。以免腹脹。

(三)胃外衣炎 Perigastric inflammation 多因胃瘍而致。有成粘連性者。或成膿性者。

粘連性胃外衣炎。有護庇之性。胃壁單處變厚。慢性瘍較急性瘍多顯此患。胃後壁常在腹膜小囊處。與胰腺前之漿膜相粘。此粘連之弊。每能阻瘍之痊癒。與脛骨衣粘固阻小腿瘍之痊癒同。亦有胃前壁與腹壁膜相粘。致腹上部有一處作痛。胃亦常膨脹。治法即用剖腹術。將粘着處用兩綫縛之。由中割斷。倘置之不理。非第有疼痛之患。恐致腹內腸勒或塞症也。

膿性胃外衣炎。 此患有時隨胃之小穿破處而起。漏質不多。但由胃瘍蔓延。其內之穢。侵入胃外網而生者爲多。其結局與膈下癰同。其內或含氣質。可前穿腹壁。或穿膈而致膿胸症。且可由此穿破入肺。或穿破胸壁。故有數處可得瘺疾。胃內之物。亦可由之流出。 若有癰、宜剖開而引流之。倘已成瘺。治患處約無效。必須施腸胃接通術。

(四)胃狹窄 多因胃瘍結瘢而致。急性小瘍之瘢。可令胃縮縐。慢性大瘍。能令胃形大變。致起狹窄之患。如窄處切近賁門。則顯食管狹窄之患。病者用食越片時即吐出。倘幽門被累。胃即脹大。且有特狀之嘔吐。見幽門狹窄篇後詳以上各狀。多因肌痙攣而致。其痙攣之由。緣胃汁之酸過度。乃所常見者也。

馬蹄形之瘍瘢。能致重類之胃狹窄。多見者則成重瓠形。葫蘆形胃 Hour-glass stomach 胃外衣炎所致

之粘着及疸症。有時亦能致此形。狹窄處常距幽門四寸。其窄勢至分胃為兩半。多係大彎牽上向小彎。致有二囊下垂。囊中積存食物腐變。隨嘔有似幽門狹窄之嘔吐。此因胃賁門囊膨脹之故。但平常賁門囊較大於幽門囊。若用水洗胃。所流回者較所用者少。因有少許存留於小囊之內耳。以手捫察。有時覺有滌盪聲。雖胃似空仍有是狀。且稍俟片時。再插入洗胃筒。可吸回腐臭液。倘捫幽門囊。此狀益甚。　若令胃膨脹。則見腹上處左側凸起。繼則減少。而幽側之囊則顯然矣。有時亦捫出二囊及間槽。或可目睹。亦有服鋇餐後。用X光線照之。此二囊亦易顯出。(第三百五十八圖)　除將兩囊流通。使胃盡虛空外。無他治法。但有將狹窄處割去者。亦有循胃長軸作割口而橫縫之者。與醫幽門之法同。(見幽門修補術)　最多者將兩囊用胃腸雙接通術。Double gastro-enterostomy (第三百五十九圖)　甚屬有益。可令胃之兩段。直與腸中段相通。

第三百五十九圖

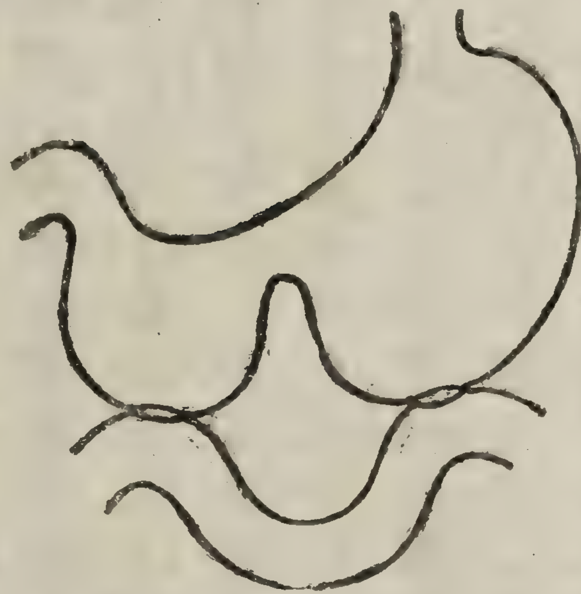


FIG. 359 TREATMENT OF HOUR-GLASS STOMACH BY DOUBLE GASTRO-ENTEROSTOMY

重瓠形之胃用腸胃雙接通術圖

(五) 更有一類。雖竭力調理身體與飲食。並用藥療法。而胃瘍之狀終不見減。此類用手術甚宜。其法有二。(甲) 若瘍位易得。且繞瘍之胭不甚受累。可用瘍割取術。因有瘍初似順性。但終則成為惡瘤。故用此術治之頗合。但究能實施此法者鮮矣。(乙) 多有用腸胃接通術療治。與此患有益者。因

食物消化之後。胃可立時空盡。其瘍自可乘機而瘉也。但亦有不克見效者。腸胃接通術。不可以之爲各類胃瘍斷根之妙法。緣用此術之後。瘍仍居胃中。若係慢性者。必至延遲時日。始克收功。故手術以先。所用之飲食內科諸法。仍宜接續用之。如柔輭食品逐漸加增。藥則用鹻性鈔調合劑。以解胃酸之過度。患者之齒宜小心經理。倘不依上法辦理。未必奏效。有時所顯之狀。乃因胃之動功有缺。或因輕綠酸缺少。用此手術乃爲徒然。若非幽門有阻食物之經過。用腸胃接通術大約無效。故醫士宜留心檢查確宜用手術與否。否則不能獲美滿之結局。

腸胃接通術後病狀復發。確有數故。（一）瘍仍舊蔓延。皆因飲食無所禁忌。或體力就衰。如女僕不能休息。仍復依常操作。故易致復發也。（二）胃潰瘍處與鄰腑粘着處緊扯。可致病患再發。（三）手術後所生之粘着。亦可致病復發。（四）入腸中段之割孔縮小。致食物仍難進行。（五）胃液或使腸中段於出胃之段生消化性瘍。見後 凡此數者。其病歷及病狀。醫者詳察之。自可診斷確實。治法使患者臥於牀。用內科療法。以略減其苦。如無效。須再行開腹探查各處。有粘着者則分開之。如孔似縮小。須展大。或另作一新孔。

胃疽（癌） 男子之胃患疽。較身體之他器官爲多。女子之患胃疽。較乳房及子宮患疽居其次。胃之各處皆能生疽。但百分之六十起於幽門內。或近幽門處。係圓脒或柱脒之類。因其組織甚硬。故有硬疽之名。若患在賁門端。約由食管蔓延而致。多係鱗脒疽。如患在胃體。皆爲柱脒疽。

疽之起也。有時由慢性瘍而生。亦有其初起無一定之故者。有時係疣形。或有莿瘤形凸於胃中。但早潰爛。如屬硬類。潰爛之面顯特形之捲邊。有時全胃徧生疽粒。致胃成一堅塊。不能展大。亦不能甚縮。故有皮瓶胃之名。若疽生於幽門。（第三百六十圖）常係硬類。致成一環而縮小。有時雖小導尿筒。亦不克通過。且在腸上段面。有甚清之界限。但佈向胃體。向小彎蔓延尤甚。皆循淋巴管而行、小彎之淋巴管亦受累。直至胃動脈入胃之處。大彎幽門端之淋巴腺受累稍輕。（第三百六十一圖）由是可佈入肝內。並延至腹淋巴腺。以致壓擠下總靜脈及總淋巴管。且有粘着胴生於疽之四圍。（此粘着較單獨瘍之粘着發生猶緩）每將疽緊貼於肝下面、胰腺頭、等胴。倘粘着胴過大。能累及腹前壁。適作該疽向腹膜蔓延之路。致腹膜遍生疽疣。而滲出若許漿液。腠亦受累。或有時成膠性之變壞。致成透明似粥之塊。

第三百六十圖



Fig 360 CANCER OF PYLORIC END OF STOMACH

幽門疽

可見疽至腸。上端則止

總而言之。謂疽之惡性。較乳腺及子宮疽尚小。因其累及淋巴腺較緩。蓋雖近處之淋巴腺已受其

累。而傳佈於遠處者仍需時日耳。

病狀 胃疽之初起。其狀無定。故於早期每易輕忽。誤認爲食滯等症。故不盡心察驗。必至除根手術之機已過。始行認明也。初起、腹上處或背後作痛。逐漸增加。食物增其疼勢。或減其疼勢。無定。但患之日久。不食亦疼。並有酸噯。腹上處陡覺壓悶。隨作嘔吐。吐物中有時帶血。約只見於晚期。且所帶之血不多。在初期即不思食物。身體甚爲衰瘦。但無舌苔。既見以上種種病狀。則須調查胃經。及胃之功用如何。 (一)小心捫察腹上部。如有異常之腫脹。最須注意。有時用空氣或他氣將胃吹脹。以明其體積之大小。如用此法。則瘤塊可得而知也。 (二)可用試胃餐。以察胃液如常否。見八百九十二頁 生疽者。其內之氫氯酸必減。而乳酸常增。該乳酸大約由醱而生。此試法雖佳。但有時胃疽亦不必顯此狀。若疽繼慢性瘍而起。則氫氯酸常有加而無減。但平常胃病亦有氫氯酸減少者。故尤須兼視病者之他病狀如何。而後可定也。 (三)胃之動力大減。食物行入腸上段之時較遲。因慢性胃間膶炎之故而致。 (四)若查患疽者血脎之數。則見有血虧之形。而白脎增多少許。 (五)用顯微鏡驗吐出之質。常見含有疽碎。 (六)用X光線與鋇餐視之。有時可顯明鋇影有凹處。此即疽位也。第三百五十七圖

除上論各病狀外。仍有特別者。按疽所生之位置而異。

(甲)如賁門端受累。罕有察出疽瘤者。胃常縮小。患者嚥物覺疼。食後旋即吐出。諸狀與食管疽狀

同。

(乙) 若患在幽門。於臍右稍上處捫之。或覺有瘤。初期形圓。而凹凸不平。能移動。迨後則生粘着而牢固。體質堅硬。以手捫壓之畧疼。有時搏動。乃由疽下之腹總動脈遞傳而至。因幽門狹窄。胃則脹大。胃大彎移向下。或幾入盆。故積液甚多。患者行動時。聽有潑盪之聲。每一二日則吐出甚多之液。及腐敗食物。上浮酵形之沫。有時吐出之食物內八聯點毬甚多。亦有時嘔血。

(丙) 胃體生疽。能捫得與否無定。乃按其方位而異。其疼痛嘔吐之輕重。係乎疽瘍之大小。若幽門無所滯塞。其病狀則更輕。且有時瘤生甚大。而仍不克察明者。皮瓶形之胃。有時在左肋廉之下見胃似實塊凸出。 若胃不脹大。嘔吐則無特別之狀。且罕有嘔血者。惟食滯之狀加甚。晚期則顯受壓之狀。匯靜脈被阻致有腹痲。總胆管被累則顯癀疸。下總靜脈受累則下肢痲腫。腹淺靜脈亦㾑。若胸導管(總淋巴管)或乳糜池(脂肓汁囊)被淋巴腺所壓。則腹腔積乳糜(脂肓汁)。 以上諸狀。皆指可治之時已過。無斷根之療法也。有時於左鎖骨(髃)上凹處見有增大之淋巴腺。因疽膝由胸導管上延之故。此亦一不治之兆也。

治法 如遇慢性胃炎。若調理飲食。如法醫治。仍不見效。且身體日見消瘦。疑係胃疽。則應察驗胃液有無上論之變。數其血膝。見白膝多而紅腥減少者。須更用探察手術矣。但於腹上處見有瘤塊。則不必定施手術。蓋既見有顯明之瘤塊。則此症不易除根矣。若有應用減狀療法之狀。如幽門狹

窄等。即應用手術。否則宜請內科醫士理之。但有多人患此者。用手術亦未嘗能救其生，不過減其苦耳。若見有腹痳癀疽。或疽已傳佈者。外科醫士應細心調理。

胃賁門患疽者。可施胃成口術。此口宜近幽門。

倘胃體生疽。或粘着不多。可將胃之一段割除。或全行割除。但罕有能得合宜之情形。適可施上云之手術也。若顯有食物不克流通。此必有所阻碍。須用腸胃接通術。此手術甚屬有益。可令胃中食物速流入腸。因疽常生於胃後壁。故不得不在前壁施術。 有時疽或甚大。不能施此手術。則患者之滋養必速行失敗。若於腸中段割一口。（腸中段成口術）用以滋養患者。或可稍延時日耳。

如胃幽門生疽。常可以手術醫之。雖不能割除。減狀療法尚能爲也。若瘤塊能動。粘着亦少。可用幽門割除術。或將胃之病部份全行割去。雖肝已有子疽。然施手術較不用手術尚爲有益。

如手術無效。則用合宜之食料養之。並以洗胃法減其苦。又用鴉片減其痛。

順性幽門狹窄 Simple stenosis of the pylorus 成此患之故甚多。致胃膶過長而胃瘼下墜成囊。食物積滯數日則腐釀，終即嘔吐。吐物甚多。雜以洇及似酵形之沫。內有八聯點穉甚衆。有時胃可瘼至盆部。並將幽門下牽。

原因（一）胃瘍痡後所致。此瘍居於幽門內。或近幽門處。急性者、其瘍小。但胃鹽綠酸過度。致胃痙攣而令幽門縮時增重其狀。醫此等之患。首以內科法。每日必洗淨其胃。倘無效、則施手術。即割除

幽門。或用腸胃接通術。（二）胃外之粘着縮緊。亦能致此患。其粘着或爲巨塊或成帶形不一。其爲塊者。乃新成之筋膶。將幽門包裹。帶形者、幽門畧扭。終則縮小。此等之粘着多因胃瘍而生。或繼胆囊炎而起。應行手術以割斷其粘着。或須用腸胃接通術以醫其瘨患。（三）有係先天幽門膶過長致成此患者。所長者多係肌絲。此患多見於男人。即幽門變成柱形塊。長約一寸。其色甚白。硬如軟骨。所顯之狀。乃於生後數星期或數月之時。食畢則吐。雖食後無疼痛之狀。但在小兒。則顯有不爽。及至吐出則痛。因食物少進入腸。故大便秘結。而顯失養之徵。不久胃則脹大。有時可捫得幽門似易動之瘤。其醫治之法。討論研究者甚多。利於用者祇有二焉。（甲）施羅雷他氏 Loreta 之法。將幽門展開。以黑加氏 Hegar 展具甚妙。（乙）施幽門修補術。而不宜用腸胃接通術者。因小兒體力不足。不堪當此至重之手術也。

胃下墜症 Gastroptosis　此病間或遇之。乃係胃瘨而下墜。同時腹內臟約亦下墜。故肝亦墜下。且右腎過於移動。病狀。與慢弱性胃炎及胃瘨症同。不常顯嘔吐之狀。但呃酸。胃不爽。大便結。則甚爲煩難。且病者之體重漸減。腦力衰弱之病狀甚劇。其胃下墜。甚至腠腺在胃小彎處可以捫出。有時嘔血。惟胃之酸度如常、或減少。由此可知該症與胃瘍之區別矣。用鋇餐以 X 光線照之。可指明胃移至何度。第三百五十五圖　治法。先用灌洗胃術。及電療法。繼則調理飲食。有時以合宜之帶束腰。庶或有益。病重者必用手術治之。其法不一。按理論之。須將胃小腠疊起以上提其胃。但有時小腠

極薄不能如此爲之。伊菲氏 Eve 謂。最要者宜先將肝定於腹前壁。隨將胃小彎用合宜之縫術。循小彎之連屬處縫於肝。僅縫四五針。足可將胃定穩。有時宜將胃穴減小。故在胃前壁由上向下疊成數摺而縫之。此名胃摺疊術 Gastroplication 若胃有不通之處。則宜兼用腸胃接通術。

急性胃脹 Acute dilatation of the stomach 甚屬奇異。有時於手術或損傷之後見之。實爲不佳之後患。內科士或多見之。有無故而起者。亦有繼虛弱之疾而生者。症之初起也遽。所吐之液極多。並全身顯有極重病狀。約數日而亡。胃脹甚巨。有時降至盆。胃壁畧癱。不見蠕動。此症之病理不易確知。或因腸將懸膜根下牽。以致腸上段之第三部份勒窄。 治法可用灌洗術。亦有用俯臥而見效者。然均須用肛飼法。但若非幽門兼有塞患。則用外科治法無效。

治胃手術 OPERATIONS UPON THE STOMACH

(甲) **洗胃術** Washing out the stomach 凡服毒、慢性卡他耳胃脹等症、及剖胃之先、皆宜用之。其法如下。用平常之抽胃器 Stomach pump 或用粗長筒。上端續以漏斗。亦甚便於用。將所用之液由漏斗傾入胃中。後將上端下降至胃平線之下。則液可復流出。

(乙) **胃剖術** 又名胃切開術 Gastrotomy 由胃或食管下端割除異物時用之。或施於探查。或用以展幽門賁門之順性窄。

手術。在臍上腹中線作割口。如有特別指引之狀在他處割口亦可。將腹膜割開。在肝下尋胃。見

第三百六十一圖

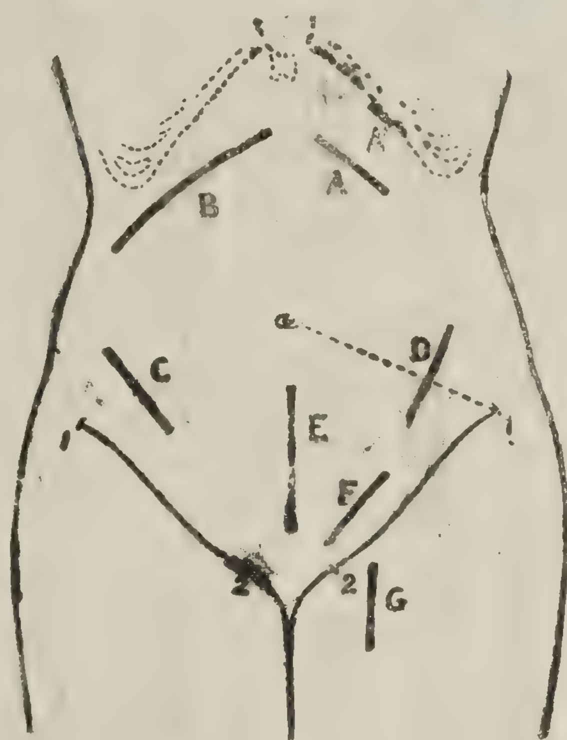


FIG. 361 INCISSIONS IN VARIOUS ABDOMINAL OPERATIONS

此圖表明剖腹各術之割口

2 胅骨峰
1 髂前角
G 治股道疝之割口
F 治胅疝或陽囊靜脈痕曲之割口
E 取卵腺或胱石之割口
D 左髂剖胴成口術之割口
C 治闌尾割口
B 露胆囊割口
A' 法蘭克氏割口
A 分革耳氏斜割口

有淡紅色、壁厚、暗不透光之內臟。此即胃也。若於割口內見膫及橫胴、宜推下。於其上尋胃。即應定割胃之處。此部份宜牽出。用無䊧紗布小心繞護。以免腹穴被染。割口順胃長軸剖開。以指查之。取異物之時。須格外小心。勿傷及胃。如割口過小。亦可割而大之。繼用車連二氏縫術。將胃割口縫閉。而置回原位。再洗淨血塊等物。腹壁割口按平常法縫合。賁門。不易至其處。因其深列於膈之總動脈孔之前。可用指或合宜之展具展之。如有異物存於食管下端。亦可依是法取出。施術時須格外輕妙。因易惹或傷及顚瀛膌腦經。致顯甚重之狀。緣此腦經之枝亦由膈之此孔穿過也。

（丙）**剖胃成口術** 又名胃造瘺術 Gastrostomy 乃割一口通入胃中。借之以滋養患者。於食管惡

症、或硬窄症、常須用之。因該症患者不克飲食。否則將飢餓而亡矣。最要者。所成之口必作一門扇

第三百六十二圖



第三百六十三圖



Fig 363 Fig 362
Gastrostomy (Frank's Operation Modified)

法蘭克氏剖胃成口術

胃壁牽入割口之中凸出筍形
腹膜壁層及直肌後鞘與筍
底繞而縫合

胃筍之尖開一小口且有管置
於口內縫妥亦有縫線穿腹
直肌

或舌門形。以免胃液漏出。致激惹或消化四圍之皮。但此等弊乃昔日所常見者。有三法、即法蘭克氏 Frank 委忒哉氏 Witzel 及卡特森氏 Kader-Senn 之手術也。

法蘭克氏手術。 以分革耳氏 Fenger 之斜割口。第三百六十一圖 將胃露出牽而驗之。於所選定作口之處。用絲縛線一根。穿過漿液膜及肌層。以便將胃壁牽入割口之中成筍形。繼將腹膜壁層與筍底繞而縫合。則不與腹穴相通矣。再作第二割口。第三百六十一圖A 長約一寸 25.5 mm 居第一割口之外側。與之平行。相距約一寸半。38 mm 再令當中之皮及皮下䐃與深䐃分離。

使上下口相通。將胃筍之尖牽入上口之中。後於筍尖開一小口。隨將割口與皮正相縫合。割口之

第三百六十四圖



第三百六十五圖

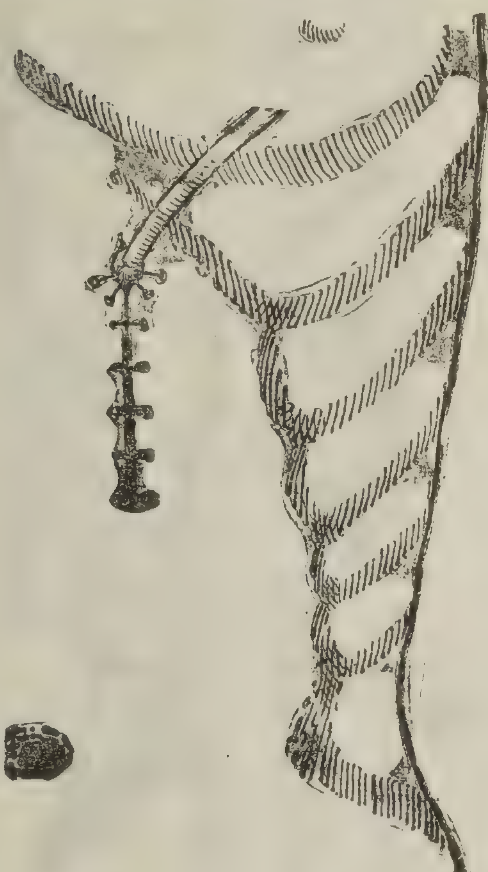


Fig 365　　Fig 564

Gastrostomy (Frank's Operation Modified)

縫腹直肌之線已結好惟有胃之小塊仍露

割術完畢之形

餘處。按平常法縫之。第一割口亦縫之。如此為之者。因胃過肋廉時成一角形。故所作割口猶如一扇。可阻胃中之液返出。由此手術之口患者能進飲食焉。

近來吾於此法略有變易。其法列下。不作斜口。乃竪割之。由第八肋軟骨起。向下至三四寸。76—100 mm 至腹直肌。第三百六十三圖用指或刀柄將肌絲分作兩部份。繼尋胃壁牽出一筍。將筍底與腹膜壁層及腹直肌鞘後層縫合。再在胃筍尖作一割口。用庫秋管一截插入胃中。該管不宜大過第十號之導尿筒。須與胃壁之口適合。伸入胃穴有一寸半。38 mm 外餘六寸。152 mm 第三百六十四圖與胃壁縫固。再將胃筍牽至割口上角。將腹直肌兩半之淺部份。使其離肌鞘之後

層。再將淺部份用線縫合。以掩胃壁而露其筩尖。其筩尖似乳頭凸出。有直肌之絲環繞。一如舌門。(瓣形)第三百六十三圖 繼將割口之皮縫合。末將凸筩之漿液膜及肌層與皮縫固。此法甚佳。未見胃液有流出一滴者。先宜少用食物。兼用肛飼法。繼則漸增飲食。或每次用十六七兩 500 cc 亦可。日用四次。療後宜令患者作倚躺式三星期之久。

委武哉氏手術。 用庫秋管插入胃中。作一門扇形形瓣之口。與上論者同。繼將外凸之部份。以針線穿過漿液膜及肌層縫而掩之。隨將胃縫於腹壁。再將皮口縫合。此術亦甚佳。但胃與腹壁縫合不甚穩妥。且新作入路。以漿液膜作裏。故有日後縮窄之虞。如胃小而其膶不足用法蘭克氏手術。用此術甚宜。

卡特森氏手術。 乃將一管包於胃內。繼將包管之胃壁隔半寸 12 mm 用袋口縫術縫固。隨再將胃縫於皮面割口之邊。

(丁) 胃割除術 又名胃切除術 Gastrectomy 割去胃壁一部份。其效亦佳。此術多用於順性瘍或惡性瘍。以割淨患處爲度。隨用車連二氏縫術縫合之。

曾有將全胃割去者。於惡症之巨者用之。但須留少許。以與腸上段之上端縫合。如不克牽至腸上段。則用腸中段之一蟠亦無不可。

(戊) 胃一部割除術 Partial gastrectomy 多因胃幽門端生惡症用之。如患者不甚虛弱。且粘着

之處不甚多。其效頗佳。

手術。從腹中線割口。由骱尾服幾至臍處。將腹剖開。將患處查明。其割去應斟酌可否。如定準能割。須將大小膫稍微割之。令患處與四圍分開、如有增大之淋巴腺。亦須割去。繼將鋏置於胃及腸上段。四鄰應用無棑紗護之。可將患處割去。第三百六十六圖 割口須在幽門之外。約距腸上段一寸四分之三。18 mm 再割一口。須將

圖六十六百三第

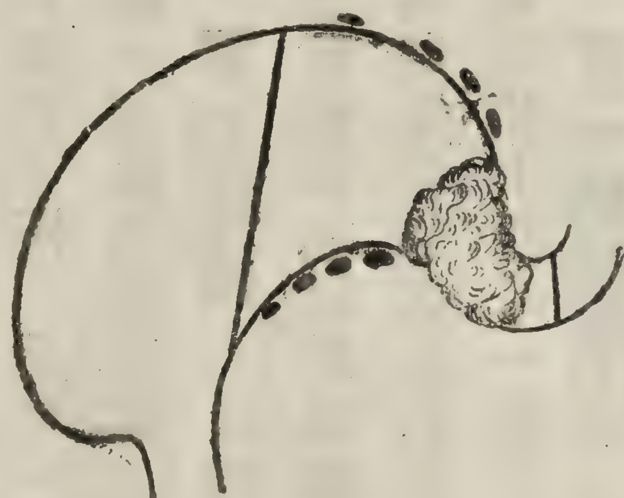


FIG 366 CANCER OF PYLORUS INDICATING THE SITUATION OF THE LYMPHATIC GLANDS AND INCISIONS

此圖表明幽門症及胃之大小二彎淋巴腺之位置與割術之刀口

胃小彎之大部份割去。淋巴腺亦可一同割去。流血既止。兩割口各自縫合。無須相接。繼將腸中段之上部份牽上。施腸胃接通術。若先施腸胃接通術亦可。

此手術之大險。即腦力猝衰。如小心保護內臟。阻止流血。手術敏捷。則可免其險而得佳效。割畢四十八小時之內。須用肛飼法。繼則可少服液體。其他等食物。應逐漸加增。

(己) **幽門修補術** Pyloroplasty 乃於幽門處割一豎口。將之橫縫合。可增幽門之徑度。昔者常施於各等之狹窄症。今則鮮有用之者。除先天幽門窄患之外。皆用腸胃接通術代之。其法先將粘着修淨。繼循狹窄處作一縱割口。再小心用手將割口展開而橫對之。則可大增其幽門之度矣。隨縫作兩行。一行穿過洒膜。一行穿過漿液膜及肌層。

（庚）**腸胃接通術**又名腸中段胃吻合術、Gastro-enterostomy 常用以醫胃幽門、及腸上段之症。如能小心料理手術靈敏。死者或寡。（百八中約無十八）其指引之狀。（一）食道緣胃幽門腸上段等處有窄患而被塞者。無論順性或惡性所致。（二）胃或腸上段顯久潰瘍狀。雖用合宜內科治法仍不減輕者。可用此術。但非因阻礙飲食之經過。此術無甚裨益。（三）胃或腸上段之瘍而常流血者。用此術後胃之食物速出。或不經過腸上段。故患處易得養息。（四）近來用幽門割除術。或割除胃之一部份。亦兼施腸胃接通術。

此手術即於腸胃間作通路。但宜擇腸中段之上部份爲之。倘過於向下。則吸取滋養料之腸面反致廢棄較大也。雖手術絕佳。而患者日失滋養。蓋通路離腸上段愈遠。而患者枯瘠愈速也。

手術。須循腹中線割之。既尋得其胃。細心查其是否應施割術。並擇其下手之處。宜在胃後壁近大彎處。但遠離瘍疽而近於幽門爲佳。於是近腸中段之首割一口。愈近腸上段愈妙。在懸膜相對之廉甚善。而腸中段所置之位。亦須順蠕動之式。其蠕動之派。乃由胃至腸中段。即由左至右也。欲尋腸中段之上端。可將橫胴及臁之一部份由腹割口牽出。再循橫胴懸膜至膜之附麗處。在中線及膵腺之下邊。則見腸上段之末。其左側所現出之腸蟠。即腸中段之首也。此時宜擇定用胃之前壁或後壁以作通口。

（一）前壁手術（第三百六十七圖）近來少用。倘因胃後壁處有碍。若能小心用前壁手術。其效亦佳。但不善

者有二。(甲)須將腸中段牽過橫胴。有時該段收縮致成塞患。雖割口以近腸上段爲佳。但相近過甚。更易致此患。(乙)腸之下墜。每致兩段平行。顯斜曲扭旋之狀。致胆液反流入胃。必顯甚重之吐胆狀。此或能致命。其手術之作法。與後壁手術同。

第三百六十七圖

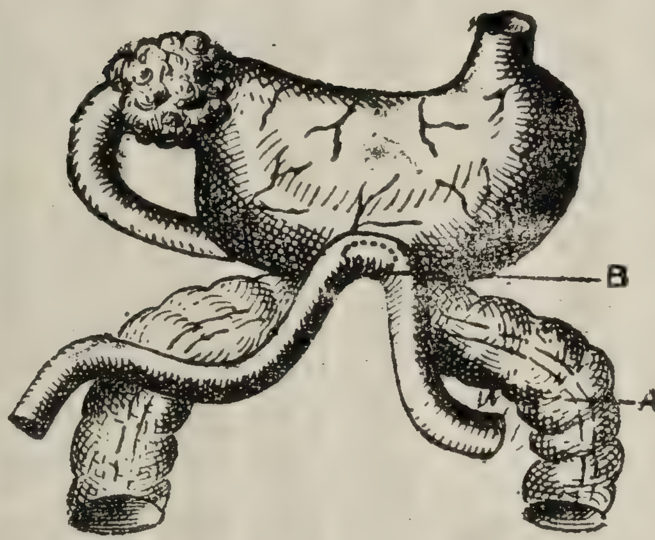


FIG 367 ANTERIOR GASTRO-ENTEROSTOMY

前壁腸胃接通術

A 橫胴

B 腸中段牽上過橫胴及大膝至胃此處未繪橫胴及大膝

(二)後壁手術。須穿過橫胴之懸膜。將腸中段及胃壁縫合。經過腹膜小囊。如此必用金類鋏。以庫秋管護鋏葉。夾於腸胃。則易將二者相對。(第三百六十八圖)鋏之壓力足以阻胃液之外流。及能止血。斯爲合宜。繼用紗布條墊塞合式。(其他各臟歸復原位)再於腸胃各作二寸 50 mm 長之割口。彼此應適相對。如有流出之質。即用棉包紗條蘸乾。　此相通之孔。可用平常縫術縫之。絲線或氣腸線隨意擇用。縫術可分四步。先將腸胃後面之漿液膜肌衣縫妥。須縫過割口之端少許。繼將腸胃之洄膜以續縫術縫之。(以一線縫孔前邊以一線縫孔後邊或一線周圍縫之亦無不可)終將前面之漿液膜肌衣縫合。有時於二行縫線之外多縫數針。且將至通孔處之大血管縛定。以預防流血之患。縫線宜精密牢固。則割處自無流血之虞。　繼將鋏具取下。修理腹膜。拭淨血塊。又取出棉包紗條而數之。視有無遺漏。內臟歸復原位。再將腹壁

第三百六十八圖



Fig 368 Posterior Gastro-enterostomy

後壁腸胃接通術

有鋏將胃與腸中段夾定以庫秋管套於鋏上腸與胃已割

開後壁已縫好

所割之口縫合。

後療法。病者宜用坐式。二十四點鐘至四十八點鐘不可食物入胃。於此時間可由肛飼之。腸胃壁剖割之處有時流血。則患者嘔帶血之液。實爲煩擾之患。則須置冰塊於腹上處。並注射大劑之丫葛於皮下。或用錙乳礬二十厘 1.3 gm 射入肛內亦可。且常見胆汁反流入胃。以致數日之間有煩擾之嘔吐。如所作之通口合宜。嘔吐即可速減。至口能食物則止。約在第三日或不待三日可以食物。先祇用液體。一星期後可用軟質食物漸可用平常食物。若因患疽用此手術以減其狀者。常可見效。雖卒難免其死。然亦可少受其苦難矣。

若嘔膽甚劇。可令患者坐起。試洗其胃。倘無效。仍須剖腹。於腸之入去蟠之間復作通口。有云欲免此患須用丫字形之接通術方可。法將腸中段橫割斷之。以下端之腸與胃壁成直角縫合。上端再於較下之處作第二割口。縫合於腸。此手術曾見大效。

有時施此手術後。於接通口處、或畧下之處發生胃瘍。但除前壁手術後。此患甚少見之。不過百分之二。此患可致人飯後嘔吐。間或嘔血或瘍穿破。其治法與胃瘍同。

(辛) 芬內氏手術 Finney's operation 又名**腸上段胃接通術** Gastroduodenostomy 又名**腸上段胃吻合術**　有外科士喜用此術。較甚於腸中段胃接通術。此術乃將腸上段之中部份與胃之隣近部接通。但近來用之者少。

腸上段瘍 Ulcers of the duodenum　此與胃瘍之性質、病原、相同。且或由胃瘍所傳。男人三十至四十歲者多患之。常無顯明之證。兼患口膿病及胃鹼氯酸過度者多見。且有兼患慢性腎炎、及動脈變硬症。又見有於割術後而起者。因火傷而繼起者已論於前。(見一百零六頁)多在腸上段之第一部份。前壁較後壁尤多。此瘍之形式。與胃瘍同。

病狀　除流血、穿破、及狹窄諸險重之雜患外。更有特別之狀。患者之滋養無異於常。祇於飯後胃痛。但非食畢即痛。多在二三小時之後方顯。然亦有復食反可止痛者。先覺腹上處脹滿而燒。繼則於右脇下處獨有一處急痛。傳射至背。查其腹常於臍右微上見一痛點。(第三百六十九圖)患者自謂有甚

多之酸噎但嘔吐非常見之狀嘔時其痛即止嘔質內含頗多胆液。大便秘結。體重減輕。有時病者

圖九十六百三第

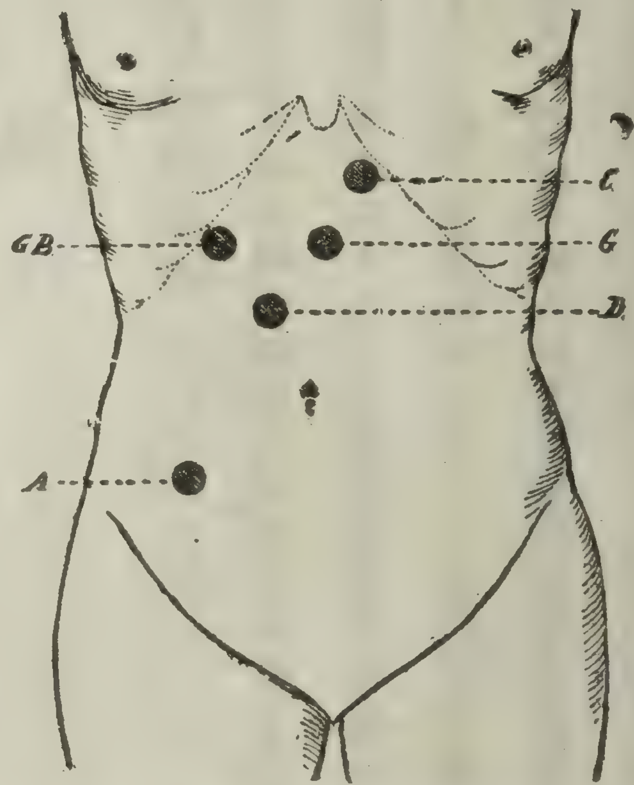


FIG 369 TENDER SPOTS IN ABDOMINAL LESIONS

點痛觸病腹

A 闌尾點
GB 膽囊之點
D 腸上段瘍點
G 平常胃瘍點
C 近賁門胃瘍點

於不作痛時頗覺舒暢。食物亦能消化。亦有多數患者毫無顯狀。直至穿破或流血時始知。

穿破多在腸上段之第一部份。破入腹穴內或外不定。其情形與胃瘍穿狀相同。所不同者即穿破之方位耳。若直穿破至腹穴內。由腸上段所流出之質。循升胴懸膜向下。以至右髂凹。則顯急性闌尾炎之狀。但有時其疼先顯於脇下處。惟其患佈散頗速。而無單處之病狀。所滲出之液內雜有腸上段之液體甚多。且帶有胆汁。若腸上段之穿孔小。其內之質流出即緩。可成膈下癉或肝下癉。但粘着不甚堅固。故易破裂而傳滿全腹穴內。若腸上段在腹膜後穿破者。亦能作膈下癉之原。但此癉居於腹穴後。而列於肝鐮形筋帶之右。

流血之徵。或顯於嘔吐。或見於糞黑。病者自云患食滯時覺有眩暈。繼而血虧。所流之血。一半吐出。其大半則下行入腸。致糞現黑色。若胰腺腸上段血管之大枝破壞。患者每因失血而亡。但常見者

時流時止。逾時再患。

腸上段狹窄。因瘍瘢縮攏。致顯頻行嘔吐。頑固食滯。胃痕甚大。身體消瘦甚劇等狀。

治法　如診斷確實無雜患。按胃瘍之治法醫之。即靜臥肛飼等法。若有嘔吐流血之狀。施腸胃接通術甚效。穿破者照胃瘍穿破法療之。宜速施手術。詳前腸上段瘍穿破之早期。其割口可循右弓紋長四或六寸。10—15 cm　如尋見穿孔。宜順軸縫之。切勿令腸徑有窄小之虞。腸上段狹窄者。用腸胃接通術常效。外科諸術未有更佳於此者。

腸症　AFFECTIONS OF THE INTESTINE

鉍藥射線照像術 Bismuth radiography (第四十六頁) 此法於斷定腸之諸患甚有資助。按前所論。用此法約四小時。胃內宜空。至四小時半。鉍即入闌。其經過腸上段及小腸時。照法約不能查見。有時鉍至闌門扇略有阻碍。故積於腸下段之下端。而顯於盆內。約五至八小時。則能至胴右曲。由七至十四小時。即至胴左曲。由八至十六小時。即至降胴之髂處。由二十四至三十六小時。則由腸祛盡。如腸有窄處。或糾搭處、枝囊等。用此法可以查出。有時亦可查見其闌尾。但因其鉍不易由小腸至大腸。致人誤認闌尾處有粘着之阻碍。故不可專恃射線照法。宜兼視臨症之狀。方可斷定。因鉍甚重。易於腸內墜下。亦因其有斂性。能令腸收縮。故胴之枝囊似大於常。切勿忘射線所照之像。乃腸之影像。非用實體照法。最易誤認腸有糾搭之患。此因影上復加以影。非眞有此患也。更宜記若用射線照胴曲處。此弊更易有之。

先天症 有時見於腸。每致最重之患。（甲）最常見者即腸下段枝囊。Meckel's diverticulum 此囊居於腸下段下端長一二寸。25–50 mm 尾續以筋繩。浮於腹中。倘粘着而縮緊。必起內勒疝。有時成爲通管與臍相通。致成先天糞漏。其原因臍腸管未閉之故。且有許多急性腹病緣此而發。其所發之炎。與急性闌尾炎相似。亦有膽石或腸石居於此囊內。致成穿破性腹膜炎者。（乙）先天腸上段狹窄。見於胆總管入腸之處。或腸下段之下部份。即腸下段生枝囊處。亦可以起此症。

腸痏傷 腹部受重擊。皆可致腸受傷。其傷之輕重。視其擊力。及擊具之性質。與腸之脹度。並腹壁之敵力而定。最輕者、腸壁只顯少許之痏。繼則有次急性腸炎。或慢性腸炎之患。如能小心看護。即可速痊。重者、則有穢侵入。繼則起急性腸炎。腸衣潰爛。或成疖塊。如腸懸膜受累。於懸膜血管之中結血塊者。更易成疖。其傷後如何。須視炎勢之遲速。若腹壁及傷腸能成粘着。其患則有所限止。僅成一糞漏而已。未成糞漏之先。係一單處腹膜內瘅。含有極臭之膿。因內有由腸壁穿至之胴桿穢也。倘炎勢之起甚速。粘着尚未成。繼必成佈性腹膜炎。若受傷之腸居腹膜之後。如腸上段胴等。常致成腹膜後瘅也。

病狀 腸痏初顯之狀。乃腦力猝衰及痛。腦力猝衰之輕重。須按傷之輕重。及患者腦受感之難易以別之。其痛先不甚烈。繼則增重。查症時令其轉動、或大呼吸。其痛俱增。腹壁少動。且縮硬。捫之板實。病者嘔吐。然非常有。因此後病狀隨時變更。故不詳論。

鉍餐後射線照像圖

第三百七十圖

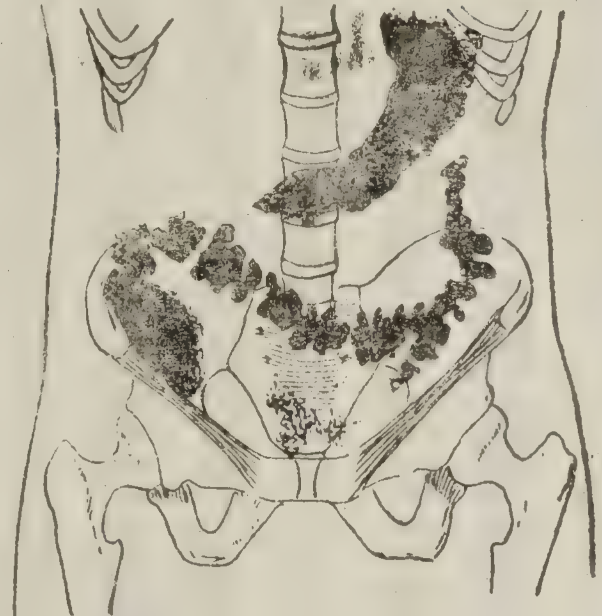


FIG. 370 ENTEROPTOSIS WITH TRANSVERSE COLON IN THE PELVIS

The stomach is occupied by a bismuth meal given two days after the former, part of which had not escaped.

腸下墜病橫胴移下至盆　在上者乃胃被鉍貯滿　在下者乃前二日所用之鉍尚未祛盡

第三百七十一圖

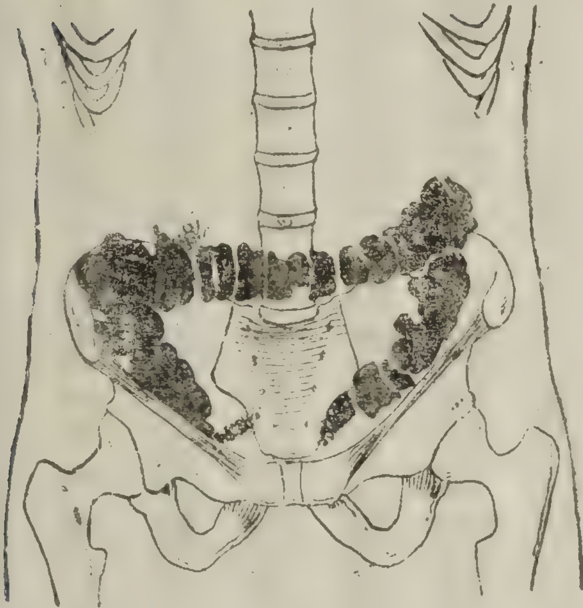


FIG. 371 SLIGHT DOWNWARD DISPLACEMENT OF TRANSVERSE COLON.

橫胴略向下移位

第三百七十二圖

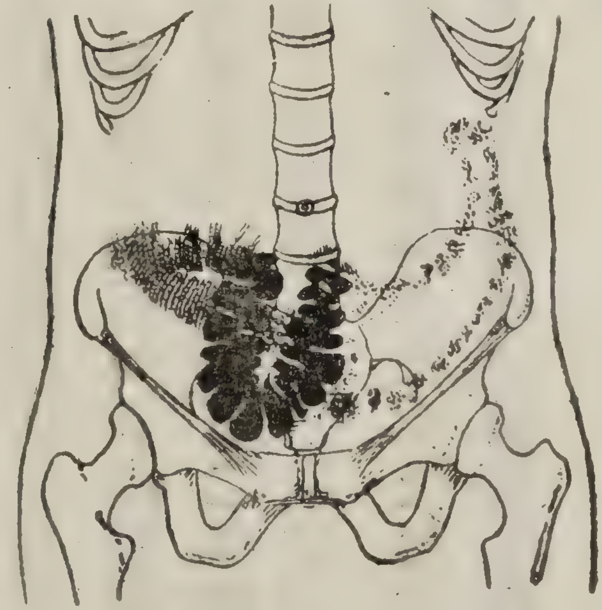


FIG. 372 ENTEROPTOSIS WITH OBSTRUCTION IN TRANSVERSE COLON.

The bismuth can just be traced in the splenic flexure and beyond; it is evidently in caecum and ascending colon.

腸下墜病橫胴被塞　鉍所行之跡畧見其由胴左曲處而過其大部份仍存於闌及升胴處

第三百七十三圖

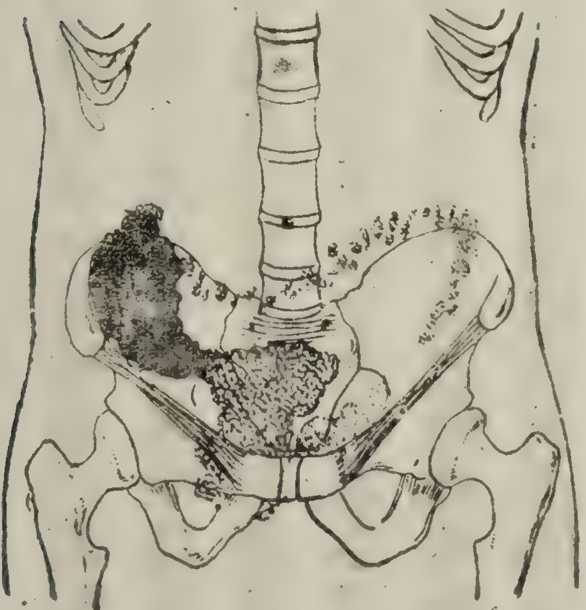


FIG. 373 INTUSSUSCEPTION OF CANCER OF CAECUM INTO TRANSVERSE COLON

The bismuth does not extend much beyond the hepatic flexure; the preoperative diagnosis was cancer of the transverse colon.

闌疽自摺入橫胴　鉍畧過胴右曲　未施手術之先疑爲橫胴疽至手術時始知之

治法 與腹壁瘠傷同。前詳 如無確實破裂之狀。可按狀施治。倘有重而可疑之狀。外科士宜即行著手。若顯急性腸炎。則瀉。兼有帶血之洄。故須用鈔藥類。或可用莫非少許。亦用液體食料或肛餇法。

腸破裂 因腹壁受重傷而致。如車軋過腹上。或腹受重擠等。 腸之破裂。非定在受擊之處。有時距此略遠。故可成撕破之形。若在擊處破裂。則必橫切斷。常受累者。乃能動之腸中段及不動之上段交界處。並腸下段之末三尺處。90 cm 小腸內之質均係流液。易於佈散。故病之結局不佳。

病狀 初則腦力猝衰重而且久。腹甚痛。但先限於一處。若腸內質流出甚多。未幾即發最惡之急性腹膜炎。而人即無救。如傷時腸空。病狀則輕。亦可致急性腹膜炎。但病狀之發現較緩。似有成一處炎之勢。其診斷最要之據。即痛點恆在定處也。 有時有氣貫入腹膜穴。但此弊不若胃破裂之多。亦有腹壁氣腫者。但非胸傷或佈性連胴炎之患。則確係腸破裂之徵。 嘔吐不甚烈。如吐有血。其破裂料在胃或腸之上部也。有時見大便帶血。但此必時久方見之。

診斷 此常不易定準。如腹壁氣腫。則於診斷大有資助。惜不常顯耳。昔以腹壁及肝之間腹膜穴含有空氣。致失去肝之暗响爲實據。但未必如是之確。常緣胴脹致令肝前作此空响。倘腹軟不脹而肝前有空响者。則爲疑似之狀。腦力猝衰之勢亦不足定。因其輕重及時之久暫常有異也。體溫亦非辨此病之大助。蓋力復之後。體溫則降下如常。若兼有脉搏及呼吸漸增速。更應疑及此患。若有一處不動。且捫之過痛。該處之腹壁板硬。而顯急性腹膜炎。惟此等狀。尚可以之爲據。然受傷之

來歷及其性情。亦甚宜細心研究。

治法　若無腸破裂之確徵。其初期僅可按狀施治。須制其腦力猝衰。並止其痛。可用鴉片小分劑阻腸之蠕動。防其內之質再出。但分劑愈小愈妙。能不用則尤妙。因其能掩蔽病之眞象也。若外科士諒其腸必已撕破。宜即用探查剖腹術。按所見之情形治之。

刺傷　腸受累之情形。與上同。但診斷較易。因有氣或糞由傷口而出。　刀口之方向。亦大有關於診治。如縱刺。(即與腸軸平行)較橫割者其口頗大。因肌環絲力大之故也。傷口小者。有時被凸出之洄膜所塞閉。　腦力猝衰之勢。較腸破裂者輕。常有腹痛。繼則速顯急性腹膜炎。

治法　遇有疑似穿腸之傷。則須小心探察。先將皮及傷之淺部理淨。再將傷口割大。以察深部。若腹膜未曾割開。腹壁之各層即須縫合。若腹膜已受累。應割大其傷口。以顯露內臟。察其腸是否受傷。如腸壁顯有刺割之傷。可用袋口縫法。或車連二氏縫術。以結閉之。如傷處甚大。須將該處割去。但腹膜若已發炎。而有腦力虛脫最甚者。宜將腸之傷端牽至腹壁。暫成人工肛門。至患見痛時再料理之。　論至腹膜炎之患。可參觀胃破裂之篇。(見前)

槍彈傷及治法見第一百八十一二三頁

腸穿破　其原因多而不一。如異物壅塞、及瘰症、或腸之癥瘍外穿、與勒疝之腸炎等。胃瘍及腸上段瘍穿破之結局。已論於前。闌尾炎穿破一症。後再論之。　腸中段或腸下段之上部穿破者。多因

異物堵塞。如魚刺之類。或緣瘵瘍外穿而致。急性類者。必繼起汎佈性腹膜炎。此等之治法及結局。與胃瘍穿破同。慢性類者。多係瘵症。有時成粘着。生一腹膜內瘻。若穿破於皮外。則成糞瘺。或有爲時已久。所成之瘺令糞瘺閉合。故施用手術。須俟其能自閉與否。

腸下段之下部。常因癥症之瘍穿破。有時不臥之癥症。其初顯之據。即瘍穿破之患。約顯於癥症第二三星期之末。且其穿破每祗一處。多見於患癥症之重者。並兼有腹脹及流血之患。其病狀、約忽顯腦力虛脫。體溫下降。脉速而弱。腹甚痛而不止。繼加以腹脹。此皆腹膜炎之表狀也。雖患者腦力虛脫已過。而溫度仍畧降。脉搏仍速。繼則腹痛氣痕。　若腹壁早堅硬。此爲診斷之要狀。亦或兼有朓急者。　治法。惟手術可望有救。但患者已失其生活之力。而功效亦不能定準。如已至將死之際。則勿庸著手矣。嘗施手術三百人。治痊者百人中僅二十七人。昔時經手術者百人中死九十。現在百人中祗死六十九而已。故診斷愈早則愈有望。在臍下中線剖腹。或直割入右髂凹內。倘患處不能立即察出。可尋腸下段與闌相接之處。將腸牽上。逐寸詳查。至尋得穿破處爲止。隨用縫線順腸橫軸縫閉。可免變窄之後患。或將瘍邊縫於割口之邊。作暫時之瘺。將腹膜修淨。隨設引流。此後仍須尋索他處。視其有無穿破。

大腸穿破。多原於慢性塞。或惡性症所成之瘍而致。胴中之糞塊儲積。其壓力足令胴壁發炎。繼則成瘍。或致胴死。而腹膜常因此故於患處之上破開。或因積糞以致胴脹而破裂。其破多在闌處。多

有患此者。致腹膜繼起急穿性炎。但有時有所限止。而成一腹膜內瘴。致成糞瘺之遺患。

異物 腸中異物有三種。

(甲) 胆石。除大者外則不顯病狀。石之小者。經胆總管。致有胆痠。後則入腸隨糞而出。石大者。其入腸也。乃由胆囊穿潰而至腸上段。其下行時。石外面易逐層裹以糞質。致其體增大。且腸之徑度由腸上段至腸下段。遞次減小。故腸下段之下部。易於堵塞。年逾五十之婦易致此患。其胆囊處亦必發炎。然無胆痠之患。

(乙) 腸石有三類。 (一) 鎂硫强礬石。或異物被乾糞包裹。似成一核。 (二) 不化之植質與乾糞洇質等聚結而成。亦見有含髮質者。曾有織氈之人患此。見其石內含有毛絲等物。 (三) 不溶之鑛礬鹽石。如服鎂或鉀碳强礬等藥所致。 無論其原由爲何。其石皆易於近闌頭處停塞。致急塞症因之而起。若身體瘦瘠者。在腹部可以捫出。

(丙) 偶嚥異物。有時由胃而停滯於腸道之中。此多係癲人及小兒患之。

病狀 其狀與腸塞或穿破相似。若係穿破類。乃逐漸而顯。非忽然而顯。故有暇成粘着。以限制此患。繼則生膿。且異物有時從瘴穴而出。或經外科取出。其後成糞瘺與否。難以預定。

若係小刺形之異物。如碎玻璃或碎金類質或五穀之殼等。有時留於胴袋之內。以致單處發炎。或胴脂縫一二發炎。其狀與闌尾瘴同。可以治闌尾瘴之術治之。亦有成爲慢炎性塊者與腸壁之瘤

甚似。此塊可自消散。或於檢查剖腹後即自消散。

腸炎 Enteritis 又名腸洄膜炎　此約歸內科治之。有時與外科術有關。若施手術置引流管。致腸之一蟠暴露時久而寒凉。隨即發炎作瀉。或累及全腸之壁。以致穿破而成糞痛。　腸炎亦有因勒疝施手術而起者。詳後無論其原因爲何。皆有泄瀉、腹痛、不安、及嘔吐等狀。　治法用易消化食料。如乳。並用歛劑。或鉍或鴉片等藥。如腸中有惹質。宜用大劑蓖蔴油除淨。有效。

胴炎 Colitis 有時宜以外科法治之。其原約因慢性大便秘結而致。其腸中或有各種之稚。或胴阿米巴。症輕者。洄性胴炎則覺循胴有痠痛。泄瀉。所瀉者內雜洄質。或有洄膜片。捫之覺疼。闌尾亦常同時發炎。按之該處或有觸痛之點。

治法 宜注射肛淨其胴。令其靜臥。飲乳。亦可用鉍。或哥羅顛少許。如見效。捫之亦不痛。可再醫大便秘結。因瀉劑能惹而致痛。故不宜用。揉揑腹部。兼用瑞典體操法。頗能增加腹肌之力。令鬆弱之胴復原。有時用泉水及洗胴術甚效。亦有割去闌尾而見效者。但未割之先。醫士不可謂其定必獲效。

重症（潰性胴炎）　大便兼帶膿質。及脫下之洄膜塊。因此體力大爲衰敗。且由肛出惡臭之膿。顯潮熱狀。體滋養缺乏。甚爲消瘦。倘用注射肛術無效。可割一口通入闌內。多用水洗淨腸中之質。割法詳後所用之液。須平和無毒。少有惹力。先用溫鹽液。繼用淡硼酸液。或小心用銀氰强礬一分。水五千

分。令患者坐於便盆上。用灌洗器由割口注射之。並用窺肛器撐開肛門。使液流出。近有剖闌尾以施此灌洗術者。乃將闌尾縫於割口。而後開之。（此名剖闌尾成口術或闌尾造瘺術 Appendicostomy）此法腸內所流出之物較剖胴少甚。且日後其瘺亦易瘉。胴內之瘍瘉後成瘢。有時稍爲變窄。故常留此瘺亦可。

腸瘰症　常見於腸下段下部及闌處。其患有二類。

（甲）瘰瘍。常叢生。有時亦單生。其狀與平常之瘰瘍同。瘍邊凹陷。循血管及淋巴管之路而橫繞於腸。故瘉後腸易變窄。早期無庸以外科法醫治。但晚期顯腸塞之狀。此不獨因變窄之故。亦因兼有腹膜炎也。鄰近之懸膜淋巴腺常被累。腸及瞭相粘結成塊。可以捫出。後或其中生膿。若瘴向皮面而穿。則成糞瘺。宜以手術療其塞狀。或放其膿。亦或須兼施腸接通術。或將患塊全割去。

（乙）有時此患係胴過長類而限於胴頭。成一顯明之瘤。在外頗易捫出。此名曰瘰性闌瘤。其患常延至腸下段及升胴少許。腸壁變厚盈血。被瘰質所侵。外衣濇粗有疣。洇膜潰爛而有肉芽。雖瘤成堅實之塊。但摸之不甚硬。鄰近懸膜之內。有增大之淋巴腺。在升胴內廉亦有之。若有粘着之弊。此能令腸蟠扭結。或扭轉。致成腸塞症。其狀甚不同。早期大便結瀉互相迭作。晚期則顯塞狀。並有潮熱狀。此症與闌疽常不易區別。瘰症、青年人易患之。（四十歲以下）病期更久。（二至三年）體溫升高。且他處亦有瘰患。然間有臨割時始克診斷者。　治法用減路接腸術。Short circuiting　或將瘤全行割去。雖尚遺增大之淋巴腺。亦可收效。

腸狹窄 有二大原因。即瘍瘢、或粘着縮窄。與生瘤是也。此類瘤多屬惡性。

瘢性狹窄 其原 （一）多因環繞腸軸之瘍甚累及腸壁。瘉後致遺此患。故瘰瘍較癥瘍易致狹窄之患。但在癥瘍。未敢定其確有此後患否。癰瘍後常成窄患。累及肛者尤多。腸中段上部亦有時受累。大腸狹窄之患。多由痢症所致。其狹窄之形。與潰爛時之不規則延廣相等。（二）疝勒之後。亦可成窄患。因勒處腸壁成瘍也。與此相同者。有腸自摺入症。如將摺入處解脫之後。亦可成此患。（三）**施腸端接通術**時。如不小心。以致腸邊內捲。則可起此患。（四）腸外粘着收縮。足能致窄。此爲屢見者。如昔日已患單處之腹膜炎所致。且常見於患盆連網炎之後也。

因小腸內質署屬液體。故狹窄雖成多日。仍不顯劇狀。患者只署覺食滯、欠爽。遲早其窄處必爲涸膜摺或未消化之食所塞閉。而顯塞狀。早期以瀉藥通之自瘉。但愈患愈重。終則復發甚急。如不用外科療法。必將致命。

大腸狹窄之顯狀與上同。但至腸塞時則略有異。痛嘔少。瀉藥不但無益。反增其患。腹脹頗甚。 凡診斷狹窄患。雖多注重病狀。但除肛下段狹窄外。宜用探查手術。方可斷定確實。

治法 初起宜用合宜食料。並用瀉藥或大劑射肛藥。但祇可收效一時。遲早必致重塞病。故須用斷根療法。其詳學者可參考腸塞篇。無論其成塞與否。若尋得窄處在小腸。可施腸修補術。或腸割除術。若狹窄居闌或升胴處。可用減路接腸術。將腸下段於窄處下接入胴內。名爲腸下段胴接通術或腸下段胴造瘻術

Ileo-colostomy　此為最妙。若患處生於橫胴或曲胴。可割去之。如諸法無效。宜於窄處作人工肛門。若所作之肛門在小腸。即不宜久留此口。因有阻吸收滋養質之功。不久則身弱而亡。且小腸中所含之質尤稀而甚有惹皮之性。

腸壁瘤　有順性惡性二種。或係自起。或屬繼發。順性者罕見。即莉瘤、腺瘤、肌瘤、脂瘤等。皆能令腸之功用異常。或致有腸自摺入之憂。莉瘤、腺瘤。有時甚有流血之患。或塞腸之弊。若不用剖查術。未易診斷。但患在肛者較易。　治法。可按瘤生處及病狀療之。

腸疣　此不多見。有時生於腸下段或闌頭。成一單處之瘤塊。或成佈性之侵入。後則成腸塞病。頗有激惹腹膜之力。致有帶血之液甚多。令腹大脹。視所刺放之液。則知由瘤而來。　其醫治之法。如瘤未長過大。可將受患之腸蟠割去。

腸疽　凡原發於腸者。多係柱脒疽。有時變壞似膠。小腸鮮有。惟胴之各段每生此患。闌尾亦有之。繼起者。乃由他處傳至。其性質與本疽同。其形體則大有不同。約分二類。（一）過長性疽。此疽成大塊。有時將腸腔全塞。生長頗速。常有潰爛及流血者。後即成塞狀。　（二）硬疽。繞腸而生。致腸腔窄小。甚至難容筆管。所最奇者。腸腔未至閉結已甚之時。腸功仍不受累。亦無甚疼痛阻碍之狀。繼則忽然固塞。而腸外面如同繩束。疽上之腸厚而脹大。洄膜或盈血發炎。有時成瘍。其成瘍者。常緣滯糞之激惹。故有糞瘍之名。穢類可由此處入腸壁。致成腸外衣瘴。日久遺有糞瘺之患。疽下之腸。

因癰故亦常脹大。且糞質所生之氣。因而積儲。致失大便之力。肛疽則更顯此狀。疽瘤之激惹。遲早必致粘着之弊。而累及腸功。其懸膜之淋巴腺及瞭。或生子疽。肝或他遠處亦生子疽。其腸疽之惡性約較他處者略輕。故生粘着及子疽皆稍覺遲緩。但疽睞甚易侵入隣胴。故割除疽之腸蟠時。所去者必廣闊。方有莨效。

病狀 至能診斷之日。其禍已成矣。患者自謂腸有積滯之苦。略有痰痛。大便結瀉迭作。先則便結。瀉時因糞積儲。致有卡他耳性腸炎。所出之糞雜以泗或血。患者之滋養功用漸衰。但其消瘦始則不甚顯然。

宜用外科療法者。其情狀列下。（一）輕塞症屢發者。若腹有單處變硬。或一處覺有脹滿者。更應治之。（二）血性塞者。其病狀如何。按其被塞之處而異。（三）現有一瘤。先尙能動。後因生粘着而漸固定者。（四）腸外衣生癉者。若瞭及他處已生子疽。且本疽體大而不能動者。用剖查術無益。宜俟其顯塞時再用法療治。但此大而不動之疽。其內面約已潰爛。僅捫弄之即足助毪之增生。致繞腸生癉。後或成佈性腹膜炎。或單處炎。或致有糞瘺之患。

辨症 以最早診斷爲妙。故凡遇腸之功用異常。且疼痛者。須詳用捫腹法查之。或兼用鍁餐及X光線照法。亦可用窺曲胴器查腸之十至十二寸 25–30 cm 之末段。甚有裨助。

治法 最可惜者。常見有長成巨患。遂至無法除根。祇可用減輕病狀療法。倘早能見及。其疽可以

割去。用腸縫術令腸腔復原。受累之淋巴腺如能一同割除甚佳。若遺下淋巴腺。將疸全行割去。足能復其腸功。亦不爲不善。最宜注意者。如腸內物其初未曾盡淨。須暫作人工肛門。日後將瘉之時再行接合亦不爲遲。故顯塞症時萬不可用割除術也。

若係闌疸須將闌及小腸末一二寸 25–50 mm 與升胴之一段。（或全升胴）一併去之。如此則該處之淋巴腺即可全去。隨將小腸與橫胴縫接。胴若係升或右曲有疸。必去橫胴之一段。併將闌全去。此較不去闌爲易。隨將小腸與橫胴相接而縫之。若係橫胴有疸。必將橫胴全行割去。隨將升降胴縫接。不然則須將小腸接於曲胴。若係胴左曲有疸。甚難割除。因其較胴之他處固定也。若能去之。則須去橫胴之左半、及降胴之一段。隨將橫胴之端與降胴之端縫接。或將小腸與曲胴相接。若係曲胴有疸。須將降胴一大部份一併割去。即將橫胴與盆胴或肛相接。或在髂處施胴剖成口胴。（又名胴造瘺術）Colostomy 將該處以下之腸盡行割去。若盆胴或肛上部份有疸。割去而不能將胴相接者。可按上法爲之。

倘疸體長大固結不動。不能割除。可按下列之數件療治之。

（一）用減路術又名短回線術 Short-circuiting 將疸上下之腸接通。此約用旁接通術。又名側壁吻合術。Lateral anastomosis （詳後）即如橫胴生疸。可將闌與曲胴接通。

（二）將疸上之腸割斷。上端接於疸下之腸。下端縫閉。（第三百七十四圖）此係旁面接合術 Lateral implant-

ation施於闌生疽者最佳。其法乃於闌門扇之上。將小腸下段割斷。上端於疽較遠處接入升胴或橫胴。此名腸下段胴接通術，下端縫閉。

（三）將受患之腸蟠與腸道相隔而置之。其法即將疽上下皆割斷。繼將上下端接合。再將患症腸蟠之一端縫閉。其一端縫於皮面。以成一瘺。蓋疽及洒膜所生之液可借瘺流出。若將所置之腸蟠全行縫合。恐日後有險也。

（四）如諸法不適於用。或患者之狀況不克任此手術。若疽生於胴。只有作人工肛門之一法而已。

自起之胴瘨 Idiopathic dilatation of the colon

此係罕見之症。有時見於嬰兒。亦有自嬰兒時患至青年者。其原因尚未查悉。但有者有先天肛縮窄之患。其特狀即胴甚瘨。多在曲胴。剖腹觀之。除胴外幾不見他物。惟胴壁過長。亦或有積糞瘍。其腹甚爲臌脹。但軟而不硬。在兒嬰。不言疼痛。捫之亦不疼。少有嘔吐之患。其最顯者。即大便秘結。且常爲頑痼不痛之類。用瀉劑無效。而反有疼吐。若以水射肛。常停滯於內而不出。雖氣亦不易出。若以放

圖四十七百三第



FIG. 374 ·LATERAL IMPLANTATION OF THE DIVIDED END OF ILEUM INTO THE TRANSVERSE COLON FOR IRREMOVABLE CANCER OF THE CECUM

腸丁形接術

即腸旁面接合術

腸下段與橫胴相接因闌有不能去之疽

腸氣長筒插入。則有甚多之穢氣冲出。其人因體質衰敗。或穿性腹膜炎。或急性腸塞而亡。治法。勿用瀉藥。可用揉捏、及電療與注射肛等法。或可有效。若將胴之瘓段割去。用旁接通術。此爲外科之妙法。曾醫一患者。其法即將肛、曲胴、降胴、俱割去。再牽横胴向下。縫於會陰。

腹內臟下墜 Enteroptosis　此患非罕見者。即腹內臟向下離位。小腸横胴腎胃等器官常患之。其他諸內臟亦有時患此。其原由各有不同。亦不易知。有時起於急性症後。但最多者乃由慢性症漸變而成。屢受孕而腹壁弛緩者。易顯此症。其束帶過緊。亦爲一緊要之因。此患女多於男。雖有此病。而無病狀顯出。但有多數患者。顯腦力衰弱狀。約係腹內臟下墜。牽及腹後交感腦經叢之故。但其內臟離位之多寡。與病狀之輕重無關。　若係胃墜。有時可墜於肋弓之下。膨脹時則於腹部凸起。其二彎亦顯而易見。胃弱而脹。聽之有漉漉聲。小腸弛緩者。詳論於疝之病原。横胴有下墜入盆者。因胴左右二曲作扭。故致大便結。照橫胴像見前鋇餐之X光線　脾肝亦能墜下。腎墜之患。詳於能動腎篇。

治法　按病勢而異。且須審其腦力衰弱之原。宜以衛耳彌車勒氏療法 Weir-Mitchell treatment 治之甚佳。此可補其腦力。且可助生脂質。電療法及揉捏腹壁。與合宜之體操。可健腹壁而壯其內臟。若用垂頭臥式。而以托腹帶托之。大可減輕其病狀。如未用以上諸法。則不宜施手術。倘無效。方可開腹將胃肝脾等縫於原位。倘用腹壁修補術以增腹壁之健力。其治法見後治疝篇。能動腎之治法詳於後。若胴糾搭者。可否去胴之一段。或用減路術。醫士宜自酌之。

腸道停滯 Intestinal stasis 此係新發明之症。其意乃謂腸內之物在某處流行過緩也。惟胴更甚。因此該物即生敗壞之變。致其毒被睞太過。在血內緩流身體之健康因之敗壞。而體腑及諸內臟。亦因之有腐敗之變。曾有藍氏 Lane 研究此患之狀。表明其危險。但其意見尙未經普通認可。其意以爲此病狀乃自人體開始豎立之時代。其腸自然下垂。即爲此病之根。因此腹內生有膜帶及腹膜等。以防此弊。其時發生似腹膜炎之後患。使腸與腹壁腑相粘。故有時於升胴外側可以查出膜帶由腹壁膜起。向下內經過胴。與升胴膫相粘。此等最薄含有血管之膜。名加克森氏膜。Jackson's membrane 若其大異常。可致胴功受阻。在左右曲處亦有似此之膜。可致腸糾搭甚劇。又有一膜帶。藍氏仍重視之。此帶由大膫之深面起。行至小腸之外廉。距闌約數寸。若此帶收縮。能致腸下段之末端糾搭。（此名藍氏腸下段糾搭 Lane's ileal kink）而腸下段內之物即停滯不行。因此小腸益形墜入盆內。致將腸上中二段之曲牽下。於是該處又生有膜帶。以扶其曲。惟此帶若過厚。必致曲處糾搭。令胃及腸上段發脹。在腹內他處亦有生膜帶而成糾搭者。凡此病狀。皆係機能之反應所致。並非發炎之故也。且闌尾胆囊等處。亦可被膜帶粘着所累。有醫士不贊成此說。謂此帶由炎患而致。曾有奇忒氏 Keith 證明其帶係由先天而來。蓋緣胎未降生之前所發定胴於本位天然之成膜性腹膜炎過大所致。但此等問題甚大。而論法亦不一。故於此不能詳述。

病狀 腸道停滯之狀分爲三類。（一）因腸道某處膨脹。而顯機械之患。胃、腸上下段、胴、等前已

概論。但胴墜入盆之劇患用鋇餐之X光線照法可以視明。見三百七十四圖 其胴被液體糞充滿。停滯而不行。(二)隨腸道各種停滯而顯發炎之狀。如胃瘍、腸上段瘍、闌尾炎、胴炎等、(三)必顯中毒之狀。如血運無力、發冷汗、四肢之末段青藍、面色質屯積、肌力鬆軟、腦或靈心病狀等。且病者抵穛染之力減少。故易致數類染性症。

治法 初期而病輕者。只用揉捏法及合宜之體操以補其腹壁之力。及加增胴之動功。且用瀉藥。及解腸毒藥。如純煤油 並調理其飲食。亦多靜臥以安息之。此類皆爲有益腹壁弛緩者。必用合宜之托腹帶。或用堅固腹壁之割術。最重者。如闌橫胴俱墜至盆。致成存積穢物之池。被惡糞充滿。非施腸下段胴接通術。或曲胴剖成口術不可。或兼大去其胴與否。則按病所累及之多少及其甚劇而定。如此庶可望其獲益。但不可輕用。因胴旣去而無將糞吸乾之處。難免有恆久之瀉患。參觀內臟下墜之治法第三百七十四頁

腸手術 Operations on the Intestines

(一)腸剖術 又名腸切開術 Enterotomy 此乃將腸割開以去異物。或查驗其內容也。其割一宜循腸長軸對懸膜之處。後用連畀氏或車連二氏或合勒司德氏縫術縫合。

(二)腸成口術 Enterostomy 又名腸瘺造術 即割一口通入腸內。施此手術有數故。且腸各部

皆可用之

(甲) 將腸中段牽至皮面剖成一口。名腸中段成口術 Jejunostomy 如患胃疽者。不能施腸胃接通術。胃腸吻合術 或幽門割除術。恐患者將因滋養不足而亡。可用此口飼之。

(乙) 腸下段亦可剖之成口。如塞處在闌之上。或在升胴。小腸甚脹。身體衰敗。又不克尋覓其故。亦不克徑行料理。可用此法。

第三百七十五圖

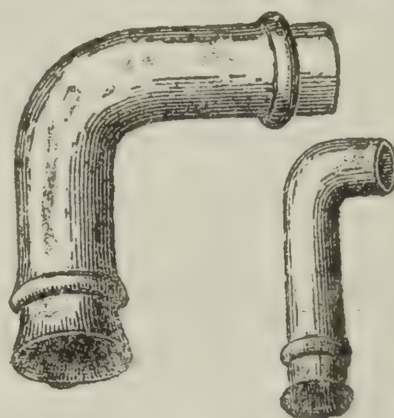


FIG. 375 PAUL'S TUBES

保羅氏大小式管

宜於腹中線剖腹。或由右髂處剖入。將一合宜之脹蟠牽出。先用法保護。勿令糞染及腹膜穴。始用一大套針刺入容腸內之氣及液流出。再將孔割大。插入保羅氏玻璃管。第三百七十五圖 用袋口縫術縫之。須穿過腸壁之諸層。並將受患之腸蟠縫定於腹膜壁。再用一薄庫秋管接於玻管。糞可暫由之流出。且不染腹膜及傷口。

倘患者之急狀已退。再用割術以接腸。若在闌上作口。恐不能久生於世。因胴洇膜失其吸功。致身體甚缺滋養也。

(丙) **胴剖成口術** Colostomy 又名結腸造瘺術 用於胴病者確有佳效。所成之瘺。因其用之久暫各有不同。如祗作暫時之口。所縫定之腸部愈小愈妙。俾日後易將此口縫閉。第三百七十六圖 若作久用之口。外科士宜設法令糞行新路。而舊路全行截斷。將腸之一段由腹穴牽出割斷。若能將懸膜一段一同割去更妙。此術能牽上下之腸口至於皮面。二口之間隔有瘢胴。即懸膜割斷之處。第三百七十七圖

第三百七十六圖

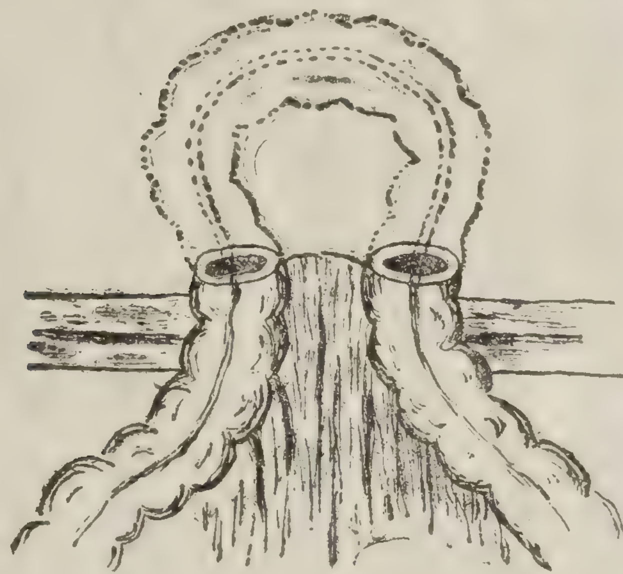


Fig. 376 Diagram of Permanent Colostomy

此圖表明之胴恒成口術其二口有
懸膜隔之　處線指明所去之腸

第三百七十七圖



Fig. 377 Diagram of Temporary Colostomy

胴之暫成口術向外之孔與皮
相平向肛之孔被洄膜摺所塞

升胴　若病者因有洄性或潰爛性胴炎。而生多膿。致體溫升高。受毒亦重。以至性命難保者。有時可在升胴(闌處更佳)作人工肛門。此手術之用有二。一、使糞不經過潰爛之洄膜。以減其受惹。二、施灌洗術於胴內。因此處腸內之物屬液體。性甚惹。故孔愈小愈妙。可用庫秋管一條。堅縫於腸。與胃成口術相似。(詳前)再將腸縫於皮及腹肌。雖預用法防之。仍恐難免不激惹皮。若欲久用此孔。應備一妥善之托腹帶。並自復墊。與硬庫秋塞。爲塞閉漏口之用。

如塞處在胴右曲。宜用闌成口術。用保羅氏管置於漏口內。日後用割術割去塞原。或用減路術亦可。

橫胴　在橫胴造漏口。常因胴左曲患塞症。如係疽或粘着而致者。倘割術之先。不克定其原因。可於中線剖腹以救其急。將脹大之橫胴剖開。即插以保羅氏管。又必將管縛穩。若患者之狀不甚急。且腸中之糞無多。將胴之一小部份縫於皮面。至粘着已成。再剖開用引流數日。蓋此處非宜作人工肛門之處。不過爲暫時之用。

至腸中瀉淨時。再行開腹。倘不能將患割除。則可用減路接通術。

降胴及曲胴 此常用作瘺之處。其處有二。一即腰處。經腹膜之後。或剖通腹膜。以至降胴之上段。二髂處。乃將腹膜穴剖開。牽曲胴上段。或降胴下部。以至皮面。

左腰或髂胴瘺製造術。術之用列下。（一）先天無肛。於會陰處割之不克尋得者。（二）胴下端患慢性塞症。施以注射肛及藥療法無效者。如順性窄、惡性窄及盆中瘤之壓塞等。（三）肛或曲胴生疽。無論其有無塞患。如不能割除或割除之先。皆宜用之。（四）因塞症、瘰症、及他等之肛瘍患因糞經過激惹之而久不瘉者。（五）肛胱瘺及肛陰道瘺症。無法醫瘉者可用之。（六）曲胴扭結者。須於髂處用之。不獨能療其塞患。且可阻其復發。

左腰胴成口術 Left lumbar colostomy 又名**左腰胴瘺製造術** **阿母薩氏手術** Amussat's operation 近來少有用者。多以髂手術代之。昔時割術不開腹膜。此不爲甚妙。但按下列之法行之。所見之效或與髂術相等。其法令病者向右側臥。置沙袋於腰下。可令末肋及髂廉之間增闊。由髂前上角至後上角畫一線。再由此線中點後半寸處。向上直畫一豎線。即胴位也。割口之中點。應對此線於髂廉末肋之中處。其刀口與末肋平行。由舉脊肌外廉起。向外約四五寸。10–12.5 cm 第三百六十九圖 腹肌各層及腰廣肌。皆宜割開。並腹淺斜肌亦割一小段。割分之後。其下有腹深斜肌。腹橫肌之後麗處。名腰筋膜。將此膜按割口之長短割開。以顯出腹膜下之鬆脂膶。

倘胴脹大則易於尋見。如空虛始初則不易識辨。大約百人中有二十或三十人。皆具有降胴懸膜。可在割口之前部。將腹膜割開。則胴易於尋見也。若在胴最高處割開甚佳。盖可免日後胴上段下墜。致有外凸之患。如能將橫胴之端定於皮面尤善。

如患者之病狀不甚急。可將胴一蟠由割口牽出。以針線縫於皮面。使不能縮入。其針宜僅穿胴之漿液肌等衣。再將割口餘部縫合。待數日則可開胴矣。且胴壁亦須定於割口之最深處。可免日後近口處成囊。致積存穢質也。但顯有急塞狀者。須即救濟。將胴牽出之時。可按髂手術小心開之。先用一套針插入。俾腸氣及液體糞流出。再插入保羅氏管。繼縫胴於皮面。並將割口之餘部縫合。近來雖少用此術。但亦有外科名醫云。腰術實較髂凹處之術更佳。蓋患者多覺舒暢便利。且易制糞之流出。

髂胴成口術又名**髂胴製造瘺術** Iliac colostomy 利忒雷氏手術 Littre's operation 乃割腹前壁。將胴下段或曲胴剖開。其割口之式不一。有外科士割一豎口。乃循腹直肌外側之絲。以便成口時得圜肌之縮功。有者先由髂前上角至臍畫一線。割口與此線作正角。長二三寸。(50 to 75 mm)割口之中點。應與線三分之外中之交處相對。第三百七十五圖 其剖分腹壁之法。可循割口之式。或用馬克孛內氏分肌法。McBurney's muscle splitting method 循肌絲分開亦可。但該氏之法只於腹脹較小。且勿庸徧察內臟者。用之較宜。　曲胴本有脂縫。及肌絲之縱帶。故尋覓時。可借此以行辨認。旣

尋出之後。宜小心牽出。擇其上份縫定於割口。可免日後凸脫之虞。固定腸之法甚多。（一）最佳者乃穿一孔於胴懸膜。由此孔用合宜之縫術。將皮面之割口縫合。第三百七十六圖 但此術是否能用。在乎曲胴鬆度之大小。若懸膜甚短。其外側之腹膜。可大剖分之。使胴易向內側浮動。則此類術可成矣。（二）若胴仍不甚浮動。可用一玻桿穿透懸膜。置於皮面。以擔其胴。直至合宜之粘着已成。最妙亦宜將玻桿與皮縫穩。以免脫落。（三）又有一善法。即用褥縫術。以堅絲穿過腹壁 即皮肌腹膜等 割口之兩邊。並須穿過胴懸膜之中間。第三百七十七圖 縛時。割口之邊必與懸膜緊貼。再用數針將胴之縱肌帶縫於割口兩邊。以免日後內縮。若無庸立即開胴。宜敷以潔淨之敷料。越一二日再行開之。將玻管或庫秋管縫於其內。此不必用迷蒙藥爲之。越三四日管可自脫。約於八日可將牽出之胴盡行割去。並修理其餘胴。如此。胴之上下兩端即十分相離矣。凡施割術之始。若不得已必須開胴。則必按腸瘺製造術之防染法。以免腹膜穴受染。割口成瘢時。須帶一器以貯其糞。俾患者潔淨。可用一金類或硬庫秋或火棉樟 假象牙 所製之橢圓杯。杯邊宜圓。用疝鋼條帶。或托腹帶束繫於其處。須較人工肛門大二寸。50 mm 內置防穢敷料少許。此等器可任患者隨意行動而無所苦。每早應用注射肛術。令糞瀉淨。可免終日之累。

兩手術之比較 近來施腰處割術。特開腹膜穴以爲之。故可免昔時之困難。緣此髂處割術。非如昔日愈於腰處割術也。（甲）腰處割術最大之利益。乃距盆中之患處較近。故易詳細考查其

肛懸膜之淋巴腺。或腰淋巴腺亦可察視。因此肛能否割除。可以確定。（乙）髂處人工肛門。患者可自行料理。且易潔淨而遮護之。（丙）施髂處割術。或可生環肌之縮功。因腹壁之肌與腸衣長合也。但必須按上所云之法治之。乃可得此效。

第三百七十八圖



FIG. 378. ILIAC COLOSTOMY: TWO METHODS OF FIXING COLON.
(LEFT) ABD. WALL SEWN THROUGH OPENING IN MESOCOLON.
(RIGHT) STITCH PASSING THROUGH MESENTERY AND ABD. WALL.

髂胴成口術固定胴之二法

左圖、縫腹壁經過胴懸膜之孔。
右圖、縫線經腸懸膜及腹壁。

有時日後須將人工肛門縫閉。現所用之法。乃將創口之邊與四週相連處分開。並割去成口之腸段。令好腸相接。此可免腸與腹壁有粘着之患。　有時可縫閉人工肛門。無庸開腹膜穴。但未割去腸之全徑者、可用此法。第三百七十六圖　最妙須將人工肛門段之洄膜棱割去。否則恐此棱阻糞通行。有用大庫秋管一塊納入腸內。上下用線縫定。再將人工肛門邊削去。按合宜之法縫合。日後所縫庫秋管之線被[illegible]。用羊腸線則庫秋管隨糞而出。但用此法閉合人工肛門最爲不宜。因遺有與腸粘連之處。易阻腸之蠕動。致痰痛屢發。且或患塞疾。惟用開腹膜之割術爲最善。

（三）腸修補術 Enteroplasty 此法乃用以治腸瘢窄患、與幽門修補術同。詳前 將狹窄之腸。由對懸

膜之面循腸割一口。展闊之使成橫罅。小心縫合。則腸徑自加大矣。

(四)腸割除術 又名腸切除術 Enterectomy 用此術之情形列下。(甲)爲割除被勒成痄之腸。無論痄處在腸內或外。(乙)多數穿傷。如刺傷或鎗彈傷等。宜用此法。(丙)爲閉合人工肛門或糞漏。(丁)爲去順性或惡性症所致之狹窄。(戊)爲腸自摺入者。 此術之功效。視其因何故而用。亦在乎患生於何處而異。又在乎醫者之手法如何。若因惡瘤、或腸勒成痄。或腸自摺入等症。施此割術。較施於他症死數稍多。施此術於胴。較施此術於小腸大不相宜。 割症之先。若使腸虛空。且潔淨最善。兼施藥品以減其毬。如加路米。日服一厘0.065 撒婁衲透衲透連鈔氰下礬等藥。於前數日用之。

酌定患處而開腹。將割去腸段察明。用腹布或紗布塞墊。以免腹穴受染。在割處之兩側。用鋏將腸持定。可阻腸中液糞外溢。各種腸鋏皆可。如無此鋏。可用細引流管一條。穿懸膜繞腸而束之。隨將受患之腸用剪鉸去。先將養患處之大血管縛定。懸膜亦割去一V形塊。須記腸血管之末枝。皆環繞腸徑。而旁側則鮮有相通之枝。故割腸時應向懸膜罨偏。否則對懸膜之腸面易死而成痄。致有腹膜炎之弊。有醫士云。勿庸割除懸膜。祇在懸膜附麗腸處。將腸割下。若所割除之腸段不大。此法可用。倘腸段過大。須多費時以止流血之處。故不宜用。懸膜割口用針線縫合。腸端可用兩端接通術。(斷端與斷端吻合術)或旁接通術(側壁與側壁吻合術)接合俱可。

兩端接通術 又名斷端與斷端吻合術 End-to-end anastomosis 茲將常用要法列下。(甲)腸接通縫術。祗恃外科士手及針法之巧。無須器具。 先將腸懸膜面及其對面各用一針縫合。留長線頭使助者持定。第三百七十九圖 又用羊腸線或絲線。將洒膜縫合。不宜用一線連續繞縫之。因其能牽緊縮窄也。分二三截縫之最佳。繼將漿液膜及肌膜用連界氏或刻與氏縫術。以一線或二線繞縫之。懸膜附腸處。應格外小心。因懸膜之兩層在此處相離。而包合其腸。且此處肌膜能縮緊。故易由該處漏液。 有謂第一行縫線須穿過腸壁之各層。第二行可用連界氏之縫法。但此二行究非必用。因令腸壁內捲太多。故致接通處之腸腔減小。日後將有狹窄之患。 (乙)昔人每精意製成連腸軸或連腸箍(又名釦) Anastomosis buttons 等物。俾腸易於縫合而穩妥。但今少用之。多用縫術也。

第三百七十九圖

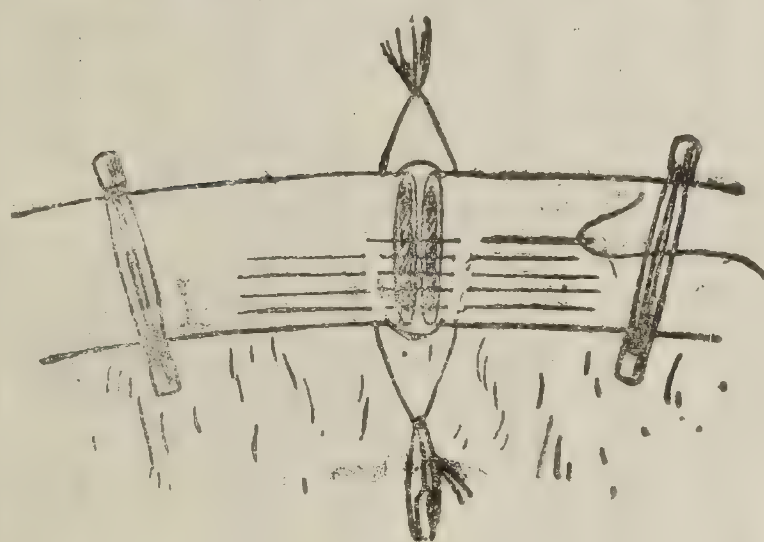


FIG. 379. END-TO-END ANASTOMOSIS BY SIMPLE SUTURING.

兩端接通縫術

洒膜第一行縫線不在圖中　漿膜肌衣之連界氏縫線須作續縫法

(五)**胴割除術** 又名結腸切除術 Colectomy 即將胴割除一小塊或一大塊也。此術不如割除小腸之易。因包胴之腹膜甚為複雜。不似小腸之腹膜活動也。但將升胴降胴之外側分離。並在

大膫下。分離橫胴之附麗處。如此則胴及其血管並腦經。可牽至腹之中線。只被一層腹膜繫之而已。按此爲之。無甚危險。亦無甚困難。可割去胴之一大部。用腸端接通術使上下相接。或縫閉上下兩端。用旁接通術更佳。若得其良效。則有一要緊之預備。必宜遵行。即胴內之物必先除淨也。若有全塞或不全塞之弊。致糞存積胴內。必先用胴成口術而後行之。

(六) 旁接術 又名側壁吻合術 Lateral anastomosis 約因惡瘤須用減路接腸術者。或因狹窄無他法可治者。皆須用此術。亦有用以代腸端接術者。所割之端必先縫閉。其法乃用二雙有力之鐵鋏。將腸鋏固。隨用刀或烙具由一對鋏之間割斷。若俟片時再去其鋏。其割端必自封閉。後內捲其二端。用連畀氏縫術縫一二行。再將二腸端重疊。以腸胃接通術接之。(第三百八十圖) 用羅孛森氏鋏 Robson's clamps 或其他合宜之鋏。將重疊之腸端鋏之穩適。又將漿液膜及肌衣循軸割開。隨即縫合二口之後部份。再閉當接之處。將其內之穢物理淨。繼將泗膜連續縫之。再縫前半之漿液膜及肌衣。終將所割開之懸膫邊亦重疊縫合。以免留孔致將來由此處成勒疝。

第三百八十圖

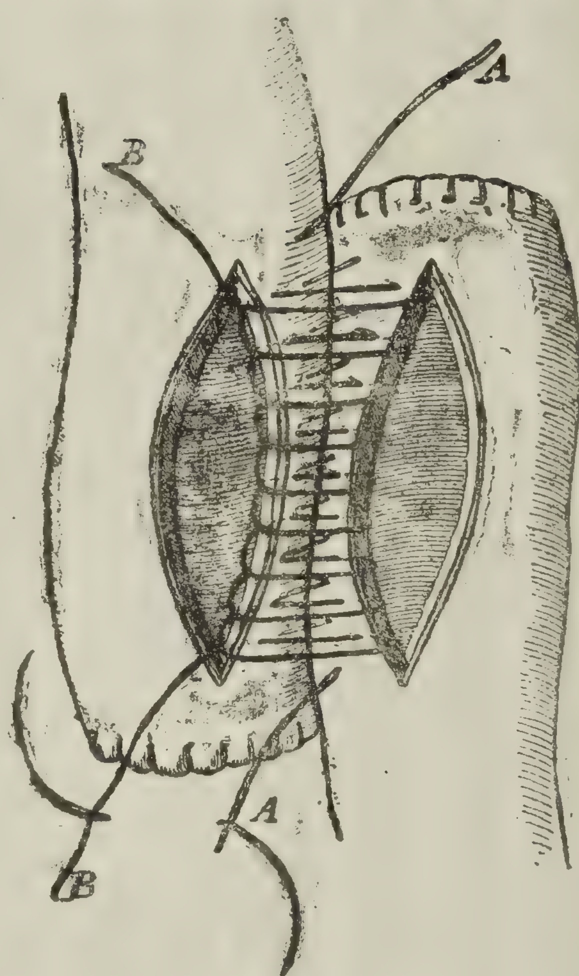


Fig. 380 LATERAL ANASTOMOSIS OF BOWEL AFTER COMPLETE DIVISION

腸割斷後用側壁接通術

(七)**丁字形接術** 又名側面接合術 Lateral implantation 有時因惡瘤欲減腸路。第三百七十四圖 或於闌瘟不克割除者。常用此術。須在瘤上將腸下段割斷。下端縫閉。上端接於橫胴。其接通法。用縫術兩行縫之。即已足矣。然將腸下段之上端亦一併縫閉。按上法作旁接術最佳。蓋如此行之。所成之通口可畧大也。

闌尾炎 APPENDICITIS

無論老幼皆可致此患。但青年少壯者爲多。且男多於女。大約三與一之比例 輕重不等。重者數小時即能致命。因此症係染性類。故腹膜受累。後必難免有腹膜炎之害。

病原 有多種事故。可直接或間接而致闌尾炎。(一)闌尾可視爲無功用之物。不過爲腸之餘。無關緊要。其與他等相似之構造血養不豐。祇由闌動脈之後枝得養。其最要之養脈行於闌尾懸膜之內。另有一枝行於懸膜之底。與他脈相通處絕少。 有謂闌尾乃有功用之物。能生一種液而激闌或胴之蠕動力。但曾有多人將闌尾割去並無所損。故其究竟有無功用。仍屬疑問。 (二)闌尾洒膜下之淋巴胭頗多。年幼者更多。故該處稱爲腹扁桃至年稍長。該淋巴胭即消瘦。闌尾壁因㖸入毒素或穢而易發炎。以其內常含有穢類也。有謂闌尾炎爲如馬特症之結果者。腭扁桃炎亦與如馬特症有關。此或其同類之結果也。 (三)闌尾之長短及方向人各不同。其長有一寸半至

十一寸或十二寸。40—300 mm 但平常約有三四寸。75—100 mm 其方向無定。乃列於闌後近懸膜之下段。其尖向脾。但亦有向盆而垂者。故發炎時。最易致盆內之雜患。亦有列於闌之外側者。故其炎則限於該側。腸內所含之物易流入其穴。否則與其方向有關。其發炎大約由糞質流入。而力難逼出之故。如橫列或垂下列者皆難逼出其內物 且闌尾長者。易自扭結。 （四）闌尾懸膜附麗處之大小。亦係緊要之件。因闌尾所凸過懸膜浮廉之部份。則血養不足。懸膜常止於闌尾三分之中份與遠份之間。且闌尾常於此處穿破。因血管循懸膜浮廉。故若有扭結。易致血管被塞而成疥。 （五）闌尾與闌之相通處常係一小孔。並有洄膜摺護之。有時此孔不通或變窄。如因闌炎或闌洄膜炎所致者。則闌尾內必積有洄質。致脹成袋。 （六）闌尾內所含者。僅有少許洄質及穉類。則與鄰腸內之穉相同。並不爲害。倘洄膜受傷。容穉侵入活膶中。則毒力加重。若因口毒致腸道徧受其染。闌尾則因此而發炎。有時闌尾內含菓核針等異物。故常受激惹以致發炎。但此類物少見。 糞石則常見之。其形橢圓。長約半至一寸。12—25 mm 係糞質及穉雜合層層包裹而成。或有菓核異物爲石之中心。石質不甚硬。刀易割之。兩指壓之則碎。若因他故用 X 光線照法。有時可見。成此物之原因闌尾前曾發炎而收縮。致內質停滯。日久遂變而凝結。 （七）闌尾炎常與闌炎兼患。或與遍性膶炎同時成患。約因慢性大便秘結所致。緣闌之洄膜。與闌尾之洄膜彼此相續。故能同時發炎。若欲治此患。僅割除闌尾未必見效。因膶炎仍在也。痢瘍有時累及闌尾。或令其口縮窄。但癥症罕有累及

者。（八）扭扯傷亦係起闌尾炎之因。令長闌尾者致成紐結。或致養脈閉塞。倘闌尾含石塊而受損傷。四週之血管則易改變。此亦起炎之由也。若因其口或其腔狹窄。積有洇膿。觸之即破裂。致發腹膜炎而死。

近來闌尾炎症。歐美各國日見其多。居大城邑者患之更易。但難索其原。大約有數種情狀易致此症。（甲）牙壞致口及腸染有膿毬毒。（乙）因事務忙迫。不暇細嚼食物。致有慢性惹腸胃之弊。（丙）慢性大便秘結症為一最要之件。（丁）食物中含有極細之異質。或釉器脫下之碎塊。亦最有關係。但以上各情狀。雖在中國亦常有之。而致此症者極少。（戊）近來歐美各國。用肉之人較多於昔。因由外所輸入之凍肉價甚廉也。此等凍肉較新鮮者易於變壞。故易加腸內之毒。此可以證實之。試觀食魚菜之一族人。患闌尾炎者少。但該族人若赴他處而多食肉食。亦能起此患也。

病體 無論何故起闌尾炎皆屬染症。必有毬類侵入其壁。多係鏈點毬。與胴桿毬。或腸中之他等嫌氣毬。其侵入闌尾之路。乃因洇膜受異質或凝結糞石積塞。以致潰爛。故有多數之毬哷至淋巴腡而倍增衆多焉。其所顯之狀分論於下。

（一）**闌尾之改變** 輕重各有不同。視人之敵症能。及致症原因而異。卡他耳性炎類闌尾紅腫。其腹膜面滑潤。或因內膚脎脫落。與淋巴積存於膜面。致顯粗濇。更有因液滲入闌尾。捫之覺硬。而失其本來柔性者。肌衣常被白脎侵入血管穿入之處尤甚。洇膜增厚而腫。且有若許之多核白脎

侵入。亦有侵蝕或成瘍之處。倘不復加重。日後自痂。但常兼有變硬之患。(甲)全闌尾變硬。則成塊

第三百八十一圖



FIG. 381. APPENDIX TIED DOWN BOTH TO CAECUM AND ILEUM, AND DOUBLED ON ITSELF BY OLD-STANDING ADHESIONS

闌尾與闌及腸下段成粘着且摺疊

然之堅物。或自成扭勢。第三百七十九圖(乙)闌尾變窄。致泌液儲積。或結成糞石。且發炎常易再患。較首次尤重。(丙)闌尾閉結。因其內面生肉芽長合之故。此常起於闌尾尖。漸延向胴。若病復患多次。則必全閉結也。(丁)有時闌尾洄膜脫入肌層內而成小袋。其袋甚小。猶如粟粒。但雖如此之小。而甚為緊要。因闌尾積液緊張時。其薄壁易破。致成穿性腹膜炎。 瘍類所脫之洄膜多少不定。若係輕卡他耳炎。則只有淺瘍。若係糞石變塞者。其瘍必深。由癥症或瘰症而起者亦然。其闌尾易被穢侵致成膿類各患。內必含有洄膿。逐漸增多。不過數小時闌尾即被穿破。或全壁因膿侵入變成黃色。其瘍或漸穿壁而入腹膜穴。致成腹膜罩處或佈性之膿炎。 疽類係最重者。由糞石成塞處。或洄膜瘍。或闌尾懸膜之血管扭結。或內結血塊而起急性間網炎。全闌尾或一段成疽而脫。但尖處或懸膜遠端相對處。係常見之位置。死網則軟而易破。色棕或綠。其臭常惡。有時穿破。糞石由之而出。此類患皆甚險。因皆染腹膜穴也。

(二)闌之改變 此與闌尾炎兼發。若係卡他耳類。全胴或皆發炎。故謂闌尾炎爲闌炎之加雜患甚爲適合。凡胴、闌及闌尾、皆發炎而有捫疼者。宜格外詳查。以免枉行割術。而病者不得其效也。若係膿性闌尾炎。闌亦發炎而被侵。但其炎係由腹膜面而發。非由闌而發。一施手術。炎勢自退。炎勢極重。致闌壁生膿而成痔者最爲罕見。若有之、闌尾之根難免不受累。恐日後有糞瘺之虞。

(三)腹膜之顯狀 闌尾發炎時。腹膜之顯狀甚爲緊要。　輕者。其腹膜炎係有庇護之功。闌尾之漿液膜發炎其內膚脒即脫落。而有淋巴滲出。致闌尾壁發濇而增厚。或成粘着。將闌尾束定。所束之方位不一。最常見者即一部份粘着於闌。亦有時全部相粘。闌尾、及膫懸膜或卵腺等處。皆可彼此粘着。且闌尾與腹中各內臟皆能相粘以阻其功。或起急性塞患。亦可與筋膜成粘着。即如連於腰股肌之鞘。或髂血管等。致顯數種病狀。

左圖表明滲液之延蔓按闌尾所居之方位而異

一圖、闌尾居於右髂凹、雖其瘻係單處類、亦居於該凹之處、但滲液延蔓甚寬、循胴向上、又下至盆、且横至左側、

二圖、闌尾居於闌外側、其瘻亦係單處類、

三圖、闌尾居於盆內（名盆闌尾炎）

四圖、闌尾向上至肝、闌轉向後、其瘻係肝下類、多半居於右腰側、

黃色係漿性滲液、或漿液性膿、綠色係膿、

第三百八十二圖

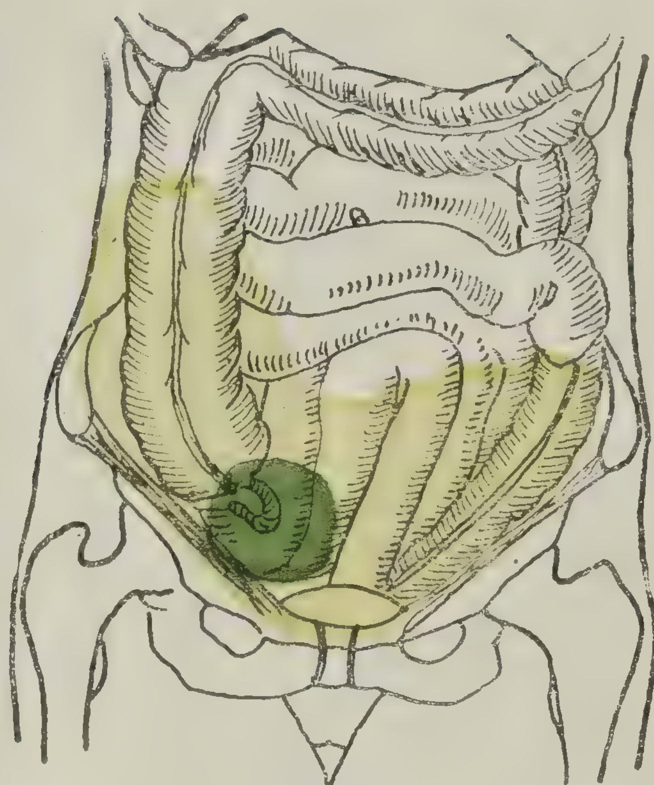


FIG. 1

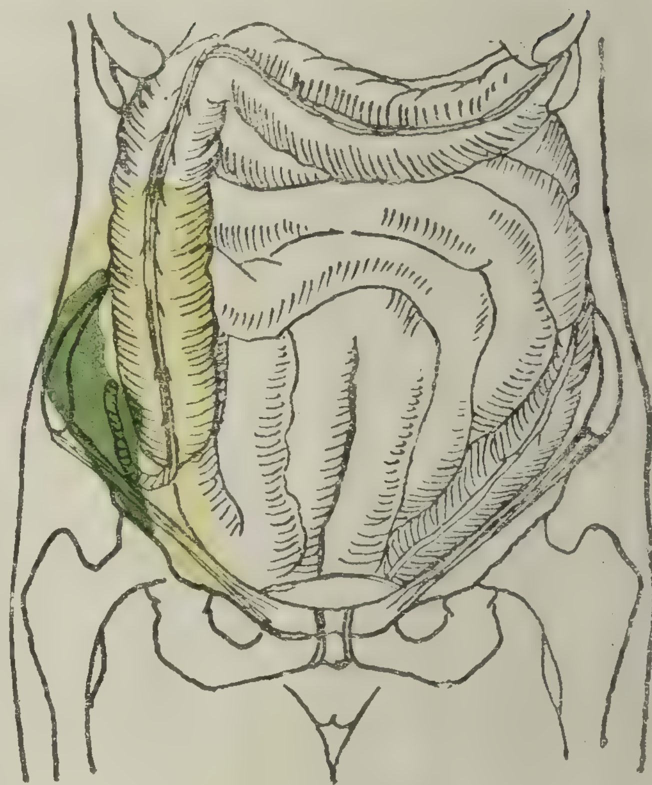


FIG. 2

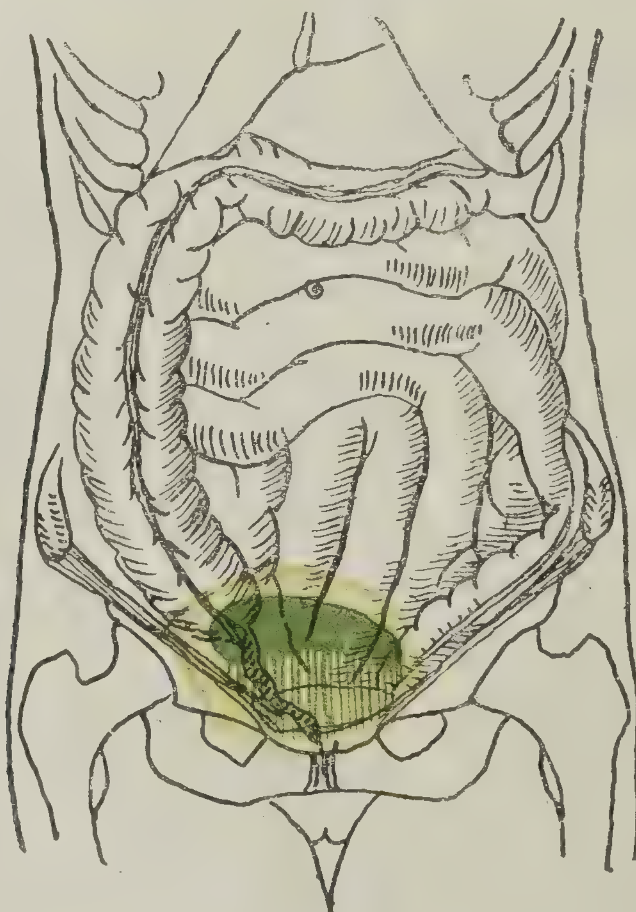


FIG. 3

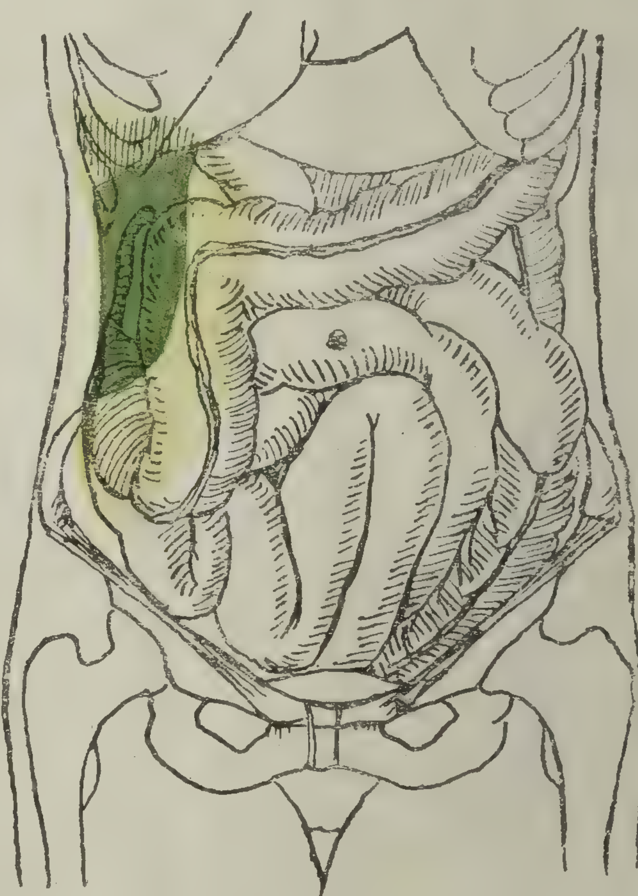


FIG. 4

Diagrammatic representation of the distribution of the effusion in acute Appendicitis according to the position of the Appendix (*after Quervain*)

Fig. 1.—Appendix in right iliac fossa ; abscess localized in fossa, but diffuse effusion spreads widely up along the colon, down to the pelvis, across the middle line to the left side.

Fig. 2.—Appendix to outer side of caecum ; abscess localized.

Fig. 3.—Appendix in pelvis (pelvic appendicitis).

Fig. 4.—Appendix reaching up towards the liver with caecum twisted ; abscess subhepatic and mainly localized to the right loin.

Yellow—serous or sero-purulent effusion. Green—pus.

重者。則起染性腹膜炎。視稚之毒力、與人之敵症能力、及染症之情形。而定其爲單處炎。或全腹膜炎。　腹膜穴內單處成瘻者。不爲罕見。因大臍、與腹壁、及鄰腸蟠。皆可相粘。阻瘻外傳也。其瘻之方位及連屬。須按闌尾之原位何在而定。第三百八十一圖　大約多居於闌之下後。有時向下入盆。或向內入腸蟠間。或在升胴之內外側。向上至肝。　此瘻可於腹面穿破。在未破之先。該處紅腫而盈血。其最常穿頭處。即髂凹外段與腰三角處。或破入腹內臟。多在闌膀胱兩處。有者粘着破裂。累及腹穴。致全腹膜起急佈性炎。亦有者因瘻之激惹。致腹膜多有漿液滲出。但開其瘻。其液即散。　瘻中之膿惡臭。若闌尾有成疕之處。其臭尤烈。但臭之烈否不足判症之輕重。有時膿內見有糞石之碎塊。或闌尾之死塊。且時有氣由腸中而至。或疑由生氣稚所發。若闌尾在瘻中。雖未腐脫。尚粘着於闌上。有時不能以指捫出。

最重者。闌尾成疕或穿破。兼起佈膿性腹膜炎。而不生限定之粘着。且有甚多漿液性之膿滲出。此多係被鏈點稚及以後所繁生之胴桿稚所染也。滲液向何處蔓延。則在乎闌尾之連屬。多見延至盆內。既將肛子宮間窩注滿。復向左延至曲胴懸膜面之內側。若闌尾居於盆上口邊。滲液則延至右腎窩。致成膈下瘻。若延過以上諸處。全腹穴必皆受累。故施手術。難以獲效。　滲液初係漿液性。但速變混濁。終則成爲血絲性膿。或純膿。若只係漿液性或漿液性膿。用割術治之。甚爲有望。惟在晚期。腸蟠已被淋巴相粘而癱。雖治之亦無益矣。

(四)腹膜外生膿　有時闌尾炎。經其與腹後壁或盆間所成之粘着。後延而累及腹膜後之連膶。其膿每積於髂凹內。而向前穿頭。或下行入盆而破入肛。或循腰股肌腱至股而穿頭。或穿至腰而成腎圍瘻。或成腹膜後之膈下瘻。且有穿入胸內者。

(五)加雜病。各類闌尾炎有時兼有加雜病。(甲)闌尾懸膜之靜脈內結血塊。若被膿毬所染。令血塊鬆離。或致起膿性靜脈炎及毬串瘻症。(乙)股靜脈亦有時結血塊。若在右側。約係右髂靜脈受累而發炎也。如在左側。此側多見之 約係全身受毒所致。或係割術後而起。此因腹前壁被割斷之血管成炎性血塊症也。見二百五十六頁 (丙)婦女患闌尾炎者。其卵腺常有慢性或次急性炎之弊。約因闌尾之位置垂入盆內所致。(丁)腎受闌尾炎之累者。盖因發炎之塊壓於腎靜脈。或壓腎胱管在過盆口邊處。則有血尿或腎痰之患。(戊)疝囊內之闌尾發炎。後詳論之。(己)闌尾急性炎類可致腸壁癱。或因日後成粘着筋膶。致有腸塞症。

臨症之分類　(一)卡他耳性闌尾炎。Catarrhal appendicitis　此輕類之症。常有腹膜一處同發炎。大概忽然而起。甚痛。先顯於臍或腹之他處。至二十四點鐘或四十八點鐘之末。其痛乃聚於右髂凹。有似刀割。而痛時之久暫及輕重各人不同。平常發熱。多隨寒戰而起。且覺惡心嘔吐。爲時不久。腸則因炎而癱。以致便結。然在小兒。有時瀉腹。所瀉者或帶血。故須與癱症辨明。察其腹壁則覺縮硬。右腿常上屈。俾腹肌鬆弛。重者。腹之呼吸動全無。雖係輕症。其右髂凹之肌亦

縮硬以護其內臟。捫之顯有痛點。此點約在由髂前上角。向臍畫線。至距前上角寸半處。(38 mm)馬克孛內氏點見三百六十九圖A　且有多數患者。闌尾向後。痛點則在腰處。若向下入盆內。在皮面或無痛點。必由肛或陰道查之。其痛方顯。　有時在髂腴筋帶外半之上。捫有一腫塊。其位置按闌尾之方向而異。叩之或有暗响。但有時作鼓响。因其成分乃腸蟠及大膫連繞闌尾所成者。若無腫塊。乃因護庇之粘着尚未長成也。此在闌尾已穿破而甚險者多見之。或腫塊深列腹中。其前面被脹大末炎之腸所遮盖。

輕炎類。若善調理。三四日可痊。不致成瘴。故其結局無不佳者。有云。所解剖屍體。於百人中見闌尾之週圍有粘着之跡者。三十五人。

(二)　**單處瘴** Localized abscess　此係重類之患。其起也與卡他耳性者同。但其狀較急。先則寒戰。體溫速增。百零四度(四十度)繼則全腹捫之痠痛。有時大便甚結。或嘔糞。若小兒則作瀉。腹壁右面之肌縮硬。髂凹之內有時膨滿。或捫有腫塊。然不僅限於右髂凹內。腹中線或他處亦可見之。小心料理。則可消。無重勢減輕。體溫脉搏漸次復原。但隨即生膿者多見。如此則其熱不退。或脉搏增速而熱退。初期捫之無動漲之狀。倘俟其捫有動漲而後施藥。則於法不合。因瘴內之漲力。殆將新成不堅之粘着裂開。而染及腹膜穴也。其瘴先繞闌尾而生。初居腹膜內。有時破入腸。故不假外科士之手亦可自痊。如向外穿破。則經腹前壁。致皮盈血而腫。膿則穿向皮面矣。或經腰處穿頭。且有循升胴之

內或外側而穿至肝下面者。亦間有膿向下積於肛側者。闌尾尖列於盆口邊者更如是。故外科士遇闌尾炎症。而顯有膿瘅之體溫。倘未查出其瘅處。宜再查肛。倘瘅破入腹膜穴內必顯急性穿破腹膜炎及血中毒之狀。其據乃疼痛甚烈。體溫忽降。腦力虛脫。血循環幾竭等。而人死矣。但於未死之先。腹必脹大。　有多數患者。初起畧重。不久則消退。病狀輕減。體溫如常。痛減吐止。殊不知此等狀。實難定其暫瘉或將全瘉。若係暫瘉。小心察之。則仍有病狀。如腹脹、呃逆、或單處捫痛。其痛在察肛時始知。或脉搏仍速。越數日體溫又升高。單處病狀加急。繼成單處瘅。　膿之有無。有時難以斷定。惟用數血脒法。庶可得其資助。若仍難定。須再數之。學者須參觀血白脒增多篇。(見五十六頁)　如白脒數居二萬以下。此只發炎之徵。倘過二萬以上。即生膿之據也。但在初期。白脒增多不爲緊要。若恆久不減。始爲生膿之要據。

在重類者所最常見之加雜症。係滙靜脈炎。或肝內之滙靜脈枝結血塊。必復見寒戰。肝處之捫痛。常能致命。

(三) 汎佈性腹膜炎 Diffuse peritonitis　重類者忽然而起。繼因劇痛而顯腦力虛脫。亦或有寒戰。隨則全腹即顯佈性炎。(見前)　越二三日即死。此類者體溫不高。試查其血白脒減少。即知其無抵症之能。但多見者不如是之急。其痛先起於臍處。隨即移至右髂凹。腹之該處板硬。漸延至左髂凹。復上延至肝處。亦顯嘔吐。及大便秘結之狀。體溫升高三四度。脈搏之次數由一百至一百二十。尿亦

減少。如不於初期用外科法療之。其急佈性之腹膜炎狀必隨之而顯。

(四) 再歸性闌尾炎 Relapsing appendicitis 乃患症之後未十分獲癒。夜間體溫升高。闌尾或可捫出。捫之則疼。或畧有痠痛。多數患此者。係因闌尾粘膜之瘍未癒。或其膛狹窄之故。倘置而不理。後必起急性症。或穢侵入闌尾懸膜之血管。致起極重後患。若闌尾炎。於一星期或十日末。未能十分痊癒者。宜割除之最妙。

(五) 屢發性闌尾炎 Recurrent appendicitis 乃患闌尾炎者已獲痊癒。後又復患。其輕重不等。而復發之時期亦不同。有相隔甚遠者。亦有相連甚近者。致患者體力衰弱。闌尾亦兼生異常之粘着。或有狹窄之處。多有闌尾連於腰股肌鞘者。故下肢忽用大力時。致其炎復發。若有狹窄處。於該處之後或積含穢之液。故患者時有痠痛。或不發熱。大約係闌尾欲逼出酒質之故。此名爲闌尾痠痛。Appendicular colic 間有日後闌尾全行結閉。並與粘着結成一塊。而天然自癒。更常見有日後屢發。而成瘻者。約由未結閉之段受染所致。或致全腹膜炎而死。卡他耳炎類。較他類更易復發。大約百人中有三十。最急性而復發者不多見。已生膿而復發者亦少。然有患者。雖已生瘻二三次。且其間病狀全無。而仍或再發也。

(六) 闌尾炎性胃痛症 Appendicular Gastralgia 此指病雖在闌尾。而病狀及體狀皆顯之於胃也。與胃瘍或腸上段瘍甚似。患者多係女界。若用試餐查之。則見胃液過多。但其中所含之氫綠酸或

增或減無定。若剖腹查之胃及首腸無甚損害但在闌尾則顯慢性炎。若將闌尾割去其所顯之狀即無。胃液之性亦如常。此可証明昔日之狀由闌尾而致也。其故約因闌尾之病。使腸道停滯。而血被毒所中。此毒隨即惹胃之洄膜。此等情形。正使醫士欲用腸胃接通術。以治胃瘍或首腸瘍者。必先得生瘍之確據方可。且此類病者多見其右腎能動。並有捫痛之狀。

診斷 在顯明者。其狀足藉以診斷無疑。疼痛、捫痛、發熱、嘔吐、大便秘結、腹肌縮硬、或顯瘤塊。此皆發炎之表狀。但病狀常異。而其現象亦各不同。故雖富有經驗之臨症家。診斷或且大謬也。　肺炎初期有時髂凹處甚痛。及捫痛。小兒常如是。倘若症起甚急。腹肌縮硬。而嘔吐者。頗與闌尾炎相似。故對於小兒若疑似闌尾炎。須小心察肺。慎勿輕忽。　若在初期瀉腹。則易誤認爲癥症。但查其皮並無疹點。且用肥大勒氏法 Widal's test 則顯陰性之應效。　復發之闌尾炎。痛時每誤認爲腎痰。或誤認其痛爲能動腎之差位。如因闌尾炎滲液或成癉激胱而有血尿者。則更難區別。　有時與胆痰頗似胆囊脹大而炎者。亦與闌尾炎癉之上移甚相同。　腸上段穿破或胃穿破炎勢下延者。與闌尾炎狀相類。但其初疼常居腹上部。亦或有氣入腹膜穴內。倘剖腹時所出之氣無異臭。其患約在胃或腸上段也。　洄性胴炎與闌尾炎甚相類。然闌尾實由之而受累。欲辨清此二類。可藉胴路之捫痛及大便帶洄狀以分別之。　卵管或卵腺有病。察盆可辨識之。且慢性闌尾炎常與右卵腺炎同患。每於月經至時作疼。如卵腺有一小皮膕袋瘤。其蒂扭轉。若不由陰門或肛診察。將疑爲

闌尾炎矣。

若闌尾反復發炎而成粘着。或致右髂凹結成塊。如不用割術。則難將此症與瘰症或惡瘤分清。但闌尾炎較此二者之病期更久。腹中各處皆可生瘫。有時亦由闌尾而起。如詳察腹穴。則知其原乃在闌尾也。急性塞症之診斷後詳。

判症結局 常無定規。因各種闌尾炎雖其初狀畧同。然將來如何。不能預知。有云受染之闌尾。猶如鎗門帽。有時被觸而僅祇破裂。有時觸發而火光畧一噴射。有時爆發激烈之轟炸。故不能先知其結果如何。若令人靜息。小心調理飲食。但溫度仍高或下降而脉速者。俱屬不佳之狀。有呃逆者亦係惡徵。髂凹內有塊者非惡狀。若無。則景況不佳。因髂凹無瘤塊。多因護庇之粘着腡少。故最急性炎者。或闌尾列於闌後而不易割治者。罕見瘤塊生於髂凹。

治法 近二十年來。討論此症之意見甚多。欲舉其要而簡言之。大爲不易。昔以闌周圍炎歸內科士治之。近則不然。乃謂闌尾炎確應屬外科士療治。或內外兩科同負其責。症雖輕而有加雜症者。必速施外科法救之。在美國多用外科。既判定其確有闌尾炎。即以割術療治。在英國仍存昔日之見。但近來心理改變。凡遇患闌尾炎者。常以割術施治。多數醫家皆贊成之。謂此甚爲適宜。

(一) 輕卡他耳性闌尾炎。如體溫未至一百零一度。(三十八) 病狀亦不重。須令病者安臥。患處覆以熱濕布。先察其肛。若無瘫或盆內重病。則用注射肛法。冲淨其胴。如腸內似存有糞質而受惹者。可

用蓖蔴油或加路米一劑。須斟酌妥當。方可投劑。　飲食祇用薄味液體。如或嘔吐。可用肛飼法。用嗎啡亦宜。能使病者安靜。阻腸蠕動。助成護庇之粘着。但嗎啡之劑愈少愈妙。因其能掩病狀也。

輕類闌尾炎。宜施手術與否。其問題可分三段論之。

（甲）如用合宜療法。至四十八點鐘之末。未見效者。在第三日須施割術。

（乙）病急候已過。然捫闌尾仍疼。並可捫得之。如夜晚體溫畧高者。宜割去闌尾。勿庸遲延。

（丙）病急候盡退。常在九至十日則宜將闌尾割除。此法雖非衆所贊成。然實合於理。由吾人逐日所經驗者。則知此法實爲適當。前已詳言。瘉後再發者常見。約百分之三十何人或再發。何人可獲免。最不易知。凡再發此症。必較首次爲重。第二三次再發。常有生膿之患。每發一次。必增加粘着。故一次後割除較易。連發數次後則割除甚難。須作長大割口。剖解亦險而繁難。或無意中令腸穿破。或須兼施以腸割除術。　若不用割術。務令病者格外安靜。限制其飲食。須專心調理而防其再發。但事忙者頗覺不便。故當患發時。或於患後。宜割除之。庶於事少有躭悞也。

靜息期施手術 Operation in the quiescent period（一）若料其所生之粘着少。可用馬克孛內氏分肌法。於腹割一斜口。長二三寸。（50 — 75 mm）經過闌尾點。馬克孛內氏點或點之微下。與髂腴筋帶之外端平行。與縛髂外動脈之割口相似。第三百六十一圖C露出腹淺斜肌。循肌絲割之。用露鈎向兩側旁牽。則腹深斜肌即約有二寸（50 mm）顯出。其肌絲與腹橫肌絲之式相同。二肌用橫割口分開。再用大

第三百八十三圖

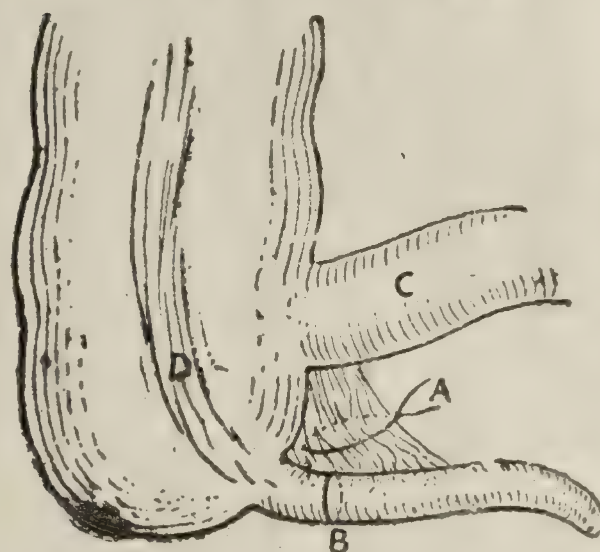


FIG. 383. APPENDICECTOMY

闌尾割除術

A 闌尾懸膜之縛線
B 漿膜肌衣之圜刀口
C 腸下段之下端
D 闌之前肌帶由闌尾底起

露鈎深插外拉。以露出腹膜下脂胭。或腹膜之方形。或長四角形處。其橫徑一寸半至二寸。(38－50 mm) 將腹膜橫割之。拑其邊。則胴頭即顯露。可緩緩拉出。循胴之前縱肌帶至闌尾將粘着胭分開。闌尾便可割取。先將闌尾懸膜之血管縛定而割斷之。又將漿膜肌膜環割之。向後剝起。只遺洇膜所成之窄管。再將漿液膜反剝。至能將洇膜管用線縛定。與闌相平。遠端用鑷持定。四週以無穉紗圍繞。後割去之。其凸出之洇膜段。小心刮淨。並使漿膜肌膜遮蓋之。隨用袋口縫術。繞漿膜肌膜縫之。用鑷將闌尾根趨入闌內。又將縫線束緊。祗遺腹膜之面。(第三百八十四圖)　闌尾懸膜割斷處。須用數針縫合。以免日後成粘着之弊。　諸流血處已止。闌在割時所蓋以保護之熱濕布。此時宜揭去。而將闌送入腹中。如係婦女。則右卵腺及管須小心察攷。腹壁割口逐層縫合。勿庸引流。　如料其多有粘着。則勿用分肌法爲之。腹壁須循皮面刀口割開。故刀口可隨意令之上下增大。分粘着甚爲不易。須小心爲之。仍照上法將闌尾截去。割術甚重者。可插一管或紗條。在髂凹暫作引流。無論如何。須令患者安臥三星期。使刀口處生長堅固。數月之後。不應用大力。惟症輕者。僅臥二星期可矣。

第三百八十四圖



FIG. 384.

第三百八十五圖



FIG. 385.

AMPUTATION OF THE APPENDIX

割斷闌尾

(二) 暴發闌尾炎 Fulminating appendicitis 之重類。兼有佈膿性腹膜炎。宜即時施割術。或畧有生機。如腹膜之炎勢甚廣。而液係膿性。則少有希望。但多半注於盆內。其性屬漿液膿類。果設法治之。或可救百分之幾耳。故遇患之初起。顯有劇疼。屢嘔。及腦力虛脫。腹部硬而膨脹者。則須立施割術。勿稍遲延。因此類炎。闌尾已破。其害一時加重一時。或闌尾內充滿膿性漿液。幾於破裂。而染全腹穴。如此之重類。雖待少時再施手術。亦無甚益。宜於腹中線或右髂凹處。剖開其腹。尋闌尾割去之。將滲質蘸出。或用百零八度(四十二)無穉之鹽液灌洗之。若施術較早。雖畧有滲液在腹內。或不用引流。但多半仍用管或紗條。以引流之。

(三) 若確有癰。按之則有動浪。或腹壁㽷腫之徵。須割開之。宜於腫處作割口。小心向深處割之。因

各腸相粘。故有似割火腿肉然。刀或食指入膿穴。臭膿則隨之而出。再探察膿穴。視闌尾可否捫出。勿用大力。恐將粘着撕破。累及腹膜穴也。如不克尋見闌尾。可先灌洗。再設引流。割口略縫閉。有時見效。至第三日。流出之膿漸失其臭。所餘之瘺逐漸成肉芽而瘉。若尋見闌尾。即應割除。

（四）更有多數患者。雖上論諸狀均不顯明。然患處及全身。則格外顯沉重之狀。此等症是否宜用手術。其意每有不同。往時用內科療法。收佳美之效者有之。但不可專恃。多有延悞過久。至晚期始延外科醫士。然雖欲用外科法治療。卒無益也。

此等情形。病者腹膜既已發炎。而其血已中大膿瘍之毒。其力亦因受苦而漸耗竭。且因血管內結血塊。或有漂團而起加雜患。如施割術。則有危險。雖患處能以治瘉。但血中毒或染膿。或肺受漂團等毒狀。隨之而起。或加重焉。而人則死矣。

有反對早施手術者。謂早施割術。有時是將能瘉之闌尾。徒行割去也。亦有謂正當發炎時。非施割術適宜之期。而反對此說者。則應之曰。判此症之結局甚難準確。若待時之延悞。其生膿之危險。較立時用妙手施割術爲更大也。且闌尾既經發炎。則爲無用之物。並成一危險之源。故愈早割去愈妙。有屢行早割術者。曾見其於病之初期（即二十四小時之內）即已生膿。且病狀畧重者。於施手術時。罕見其聽從待時之說之爲是也。更查統計表。則知闌尾發炎。於第一日施手術而死者。其數較少（1.2%）於第一日至第七日之施手術而死者也。試將早施手術之益列下。（甲）病人未至血中毒。腦力

虛脫之候。故能敵禦察腹膜之危險。（乙）所滲出之液較少。且易於料理而割去之。故少有腹膜穴及腹壁受染之危險。（丙）大約闌尾易於尋見。且不難割去。但至晚期已成大瘻。則闌尾不易尋見。須俟後日再施手術。由粘着內將闌尾挖出。此時之危險更大也。（丁）小割口即足敷用。日後生疝之患亦必少。由是可定一合理之例。果能遵行之。必有裨益。其例如下。病不甚重者。如用內科療法令病者靜息。於四十八小時之內。其全身及單處之病狀仍不減輕。則宜施手術。以下所述之顯象。乃表明有腹膜內瘻者。更宜施割術也。即血白脒數恆增多。且在二萬以上。歷二十四小時不見減少。腹亦膨脹。體溫升高。呃逆。或溫度降而脉搏仍速等。若患處成瘤而不消退。或逐漸增大。捫痛甚劇者。則更爲需割術之兆也。

（五）有初起之狀。越二十四或四十八小時。則減輕者。但未幾病仍復發。似生膿之狀。如此者立施手術爲宜。因其將成瘻也。

膿性闌尾炎之手術。迷蒙藥宜用伊打。因用哥羅方割後而死者。其數較多也。其割口按病狀及捫痛之點在於何處而割之。腹壁各層全行割斷。口之大小須足用。若能多割一寸（25 mm）則一切動作俱可辨清。自無費手之虞。既認明各部之列式若何。隨用無穢紗庇護腹膜穴。勿爲膿染。將紗一條循升胴插入。又將一條下插入盆內側。亦需一條。以護小腸及腹膜穴。再將闌緩緩由其位提起。瘻則常於其後面顯出。宜極小心。勿使完好之腹膜沾汚。如能割除闌尾甚妙。但有時不能割

之。須先縛定闌尾懸膜。可用羊腸線繞闌尾之底束之。須距闌半寸。(13 mm) 再將闌尾割去。又用紗條遮於闌尾根。以代流管之用。　常有尋不見闌尾者。任之可也。但妙手之外科。常能尋出而去之。須將瘻穴之膿小心蘸乾。又小心查盆及右腎凹曾否有膿。終以紗布塞滿。以易於引流爲佳。並須庇護其四週腹壁割口。應將一半縫合。　待二三日。漸將紗布更換。至已生粘着。使腹膜穴隔之。有時可用鹽液或氫上養灌洗。則傷口即漸生肉芽而瘉。將長滿時。可用貼膏令皮相挨。以免腹壁疝之後患。

後患　破性闌尾炎。若未施除根療法。其瘻每患糞瘺。或割斷闌尾而殘餘死脫者。亦可致此。其瘺甚小。其路屈曲。多半自行長閉而瘉。有時須用法料理之。須將髂凹之闌露出。而割其闌尾。或縫閉瘺孔。如無效。須施減路手術。　瘻割開後。若用引流。其瘢易成腹壁疝。大膫與小腸相粘而凸出。並與瘢處粘貼。有以疝帶護之者。有須用割術將粘着分開者。如未割去闌尾。則乘機除之。又將所分之肌邊。按平常法用藏縫線術一行縫合之。(見後腹壁疝篇)

闌尾瘰　於患瘰症而死者。剖屍驗之。則見其瘰累及闌尾。(患肺瘰者更爲多見。居30%)　少有自起者。若有之、多爲二十至四十歲患尿器及生殖器瘰之男人。其初期洄膜潰爛。由闌尾尖蔓延。致壞其器官之壁。終成一闌周圍瘻。破入腸內。或向外穿破。有由闌瘰(見前)漸長而累及闌尾者。亦有兼起瘰性腹膜炎者。此則由闌尾而起。或闌尾纖漿液膜而被累。以上諸患。無甚特別之狀。皆與慢性闌尾炎相似。

菊形菌症 Actinomycosis 此症累及闌尾。較多於腹內他器官。其故係食被染之物而起。即於右髂凹胭處成一漸長大之硬塊。此塊侵入周圍之胭。遲早皮面破出硫磺色粒及粘性膿。其嗅特殊。嗅之即知其確係此症。隨則其漏被膿點秽所染。此秽若由腸而來。則兼有生膿之加雜患。於其結局甚有關。且此症多於他處見有次性域點在肝更多。見後 治法若能割除闌尾則割除之。或將闌一併割去。若不能如此行之。可將該處刮淨。置一引流管。並服鋠氣鹽之大劑。雖服藥已至菊形菌滅盡。然有時仍有膿流出。或致人死。

原發性疽 生於闌尾者。其惡性尚畧輕。先似慢性闌尾炎。其狀與平常者同。及至施割術取出視之。則知其爲疽也。既已割去。約不復發。但此患甚罕見之。 疙瘩亦或有生於闌尾者。其結局不佳。

肝症 AFFECTIONS OF THE LIVER

肝移位 Displacements of liver 此非多見之症。因該器官被連屬者甚健。即筋帶及附麗於深處之物件。並膜內壓力等所托附。若腹壁鬆弛。而腹內之壓力減少。肝則下移。如內藏下墜病。已論於前 肝既移位。其上面則轉向前。而成特別之形狀。與肝增大相似。但增大之肝。其正常之暗响仍在原位。移位之肝則不然。其正常之暗响處。則變爲空响。病者自謂該處墜疼而不適。但此狀不甚劇。平常除用帶托縛。並設法恢復腹壁之健力外。無庸他法治之。病甚重者。亦可循助剖腹。將肝縫於腹壁

膜。施術時、須用垂頭臥式。割舉墊高床尾。使之靜臥數星期。

利德勒氏肝葉 Riedel's lobe　此係肝右葉過長而成一舌形塊也。此塊凸向腰。易誤認爲浮動腎。有謂此病由束腰帶過緊所致。但不盡然。兼有胆囊過長而有石。其囊則被該肝葉所蓋。葉蒂之連於肝。有時甚闊。亦有甚細。或細至幾無者。如此故甚活動。然與肝動無關。若詳查之。外科士約可與浮動腎辨明。若令病者向左而臥。可將手插於該葉與腎之間。此無庸療治。惟治胆囊之患而已。

肝破裂　多因腹壁損傷。(如踢打擠等)或爲肋之折端撕破。亦有因穿傷(如寶劍短刀刺傷等)或鎗彈傷所累及者。傷之輕重不等。未穿之打傷。能致肝破裂。利刃之割傷。能將肝之大靜脈割斷。鎗彈能致全器官傷壞。傷之輕重。亦在乎肝之情形如何。如變硬之肝。打傷之害則小。反是則受傷甚巨。如發大變脂之肝。則甚易破裂矣。

病狀　首先者。即腦力猝衰。有時亦不甚重。右肋下處痛。捫之更甚。並顯有失血之狀。此狀甚要。病之重輕。多視失血之多少爲定。若肝膜未壞。則有肝胴撕裂。或成瘀之害。但其血不至流入腹膜穴內。此等傷多因之而生肝瘴。倘肝膜扯破。則血必流入腹膜內矣。如所流不多。患者雖顯一切失血之狀。然尚可獲痊。蓋血被喫盡。肝傷則成瘢矣。常署顯癀疸嘔吐。尿亦爲胆所染。初顯腦力猝衰。隨或體溫升高。腹壁縮硬。間有血先積於腹上段。逐漸向下。如腸未傷尚可痊癒。倘腸壁有痏。則腸中之稵由此而出。致起單處腹膜炎。或佈性炎。最重之傷。左葉全段皆可扯下。或一段受重痏。頃刻間

即因流血而死

診斷 可據受傷之歷史。及被擊處之病狀等而診斷之。腹膜內流血之據。如右側兼有疼痛。或能確定其最當加意者。若身體被輕車所軋。雖大顯腦力猝衰。患處頗痛。捫之其痛尤甚。但肝仍無重害。

治法 輕者祇小心靜待。如顯有不祥之狀。即用外科法醫之。患者宜靜臥。以冰置於身之痛側。祇食涼質之類。施注射肛術。洗淨其腸。病重者如診斷確爲肝破裂。須卽剖腹料理傷位。約用腹中線割口爲佳。因肝左葉每多被傷所累也。碎爛之塊。宜全行割除。用烙具爲善。再用紗布塞入傷處。以止血流。 肝之直形割口宜以線縫合。惟免縫線撕脫肝膶甚屬不易。故宜先將所有針脚縫完。以多持肝膶爲佳。再用手指小心將傷口揑合。緩緩結束縫線。至淺之傷。不能縫合者。用烙具烙之。血即可止。再用紗布遮蓋。並露於皮割口之外。

肝瘴 其原因多。（一）多數性瘴 Multiple abscesses 此由穢染血串瘴而生。因肝動脈或滙靜脈流入之漂血塊所致。漂血塊由動脈至者。係因週身患穢串瘴之害。由滙靜脈至者。因原害居滙靜脈所司之處。即腸道是也。故滙靜脈炎。Pylephlebitis 常因闌尾炎而起。若癥症或膿性痔亦然。其特別之狀。即溫度升高寒戰。嘔吐。腹脹。肝大。捫之覺疼。脾甚盈血。（二）膿性胆管炎。Suppurative cholangitis 亦爲肝多瘴之原。此因腸中之穢。或循胆管佈炎所致。亦間有在割胆囊後而起者。 肝內之

胆管甚脹。滿貯胆雜膿。其色黃如赭石。肝處疼痛。體溫升高。然無寒戰。亦不發癀。惟尿中見有胆汁。醫之鮮能有效。如已診斷明確。尙未割開胆囊者。可剖而引流之。以減其脹。（三）帶蟲袋瘤。可生膿成瘴。須用肝瘴療法。（四）關於外科者。即必施割術之大瘴。有因損傷而起者。有繼帶蟲袋瘤而發者。又有一常見之類。即熱帶瘴也。Tropical abscess 此瘴多見於僑居熱帶之男人。約有百分之七十五隨痢症而生。最要之先因。即在嗜酒。其瘴或由漂團所致。初割開時。多無膿稚。但含胴阿米巴甚多。此係痢症之要因也。略急性者。其中雖有膿稚。但不久亦無。最急性者。或見平常之膿黏稚。熱帶瘴。多居於右葉後段。但他處亦可有之。雖多爲單瘴。然其穴內則有數房。此表明先有數域黏爲生膿之原。後連合爲一也。急性者瘴壁爲腐肝胭所成。慢性者有筋瘢之壁。最久之瘴。其壁膜厚靭如熟革。瘴內或爲平常之膿。或色係紅棕。與稀醬相似。其臭或最惡。

病狀 有甚輕且未顯瘴狀而瘴忽破。致成腹膜炎而亡者。亦或其膿包裹直歷數年之久。平常患者自謂。右肋下處覺痛。膨滿不舒。其痛並射至右肩。若膿居肝之上面。深呼吸則咳。此係要狀。體溫之高低。因瘴成之遲速而異。急性者體溫高。時發寒戰。慢性者晚間略發熱。夜間發汗。體溫升高時亦不思食。立見消瘦。或略顯癀疸。 若察其體。則見其肝腫大。若瘴非甚淺。按之則無浪動。亦無彈力。叩之則有暗响。其暗响向上較向下尤甚。如瘴居於肝浮廉近處。則反乎是。

若置而不治。其瘴可任向何處而破。或與腹前壁粘貼。而穿頭於腹上處。則見腹壁盈血。及痳腫之

狀。或破入腹膜穴。或破入某空器官。如胴小腸上段等。或向上穿過膈肌。或破入肺。而瘴內之質全行咳出。或破入胸膜穴而成膿胸焉。有時成慢性有包膜之瘴無所改變。其壁漸至甚厚。有一患者。前十二年業經用探察針診斷明確。但未曾割治。瘴內含膿約有二水磅。(1000 cc) 其壁厚約半寸。(12.5 mm) 患者因受孕而腹中受壓。致瘴凸顯。始知其有病而延醫也。

有多數患者。其生膿與否。不易診斷。易誤認為肝炎。惟用數血脒法。略有裨益。而分類數血脒之法。得益較多。然有時裨益甚少。雖血白脒之數至二萬有餘。亦有未生膿者。若多核白脒大增。小淋巴脒減少。常因膿穢而生膿。若獨係阿米巴所致之瘴。所增之多核脒甚少。若遇難診斷之症。可用吸引器或套針探察之。但須預備完全。如見有膿。宜立即割之。套針有數處可以刺入。試列於下。(一)在右腋線第七或八肋間處。(二)在右乳頭線之肋下。(三)適於肺下。即在由右髆角向下之線。

治法 於此雖無庸細論內科療法以治疑似之肝瘴。但在阿米巴痢所致之肝炎。尚未生膿者。不得不述。衣必格一藥。實有診斷及醫痢之功。劑量可用二十至四十厘。Pulv. Ipecac 1.5 – 2.5 gm 日服一二次。於二十分鐘之後。須服鴉片酒之小劑。如無膿。則病狀將速退也。近來用厄米汀 Emetine 液針射皮下。以治急性痢症。曾著防免肝瘴之奇功。若有瘴。祇有割術醫之。 有以針吸引膿一二次者。但無大效。更有因刺針致成染性腹膜炎或胸膜炎者。故遇此等病患。須按生膿外科律為之。即瘴應開作引流也。若瘴與腹壁相粘。將向前穿頭。可在最凸之處作一割口。開瘴穴亦無危險。流

淨後。挿入引流管。　如割開腹壁。見肝仍未成粘着。昔以爲須先用無稜或防稜紗布塡滿割口。或用針線。將肝及腹膜壁層縫合。助成粘着。使不與腹膜穴相通。待數日再開其瘍。則無險矣。近有隨即開瘍者。與治闌尾炎及腹膜內瘍之法相同。在放膿之先。必小心用無稜紗。保護腹膜穴。容膿緩緩流出。且令副手使腹壁與肝胴相挨。若能用數針。將肝質與腹膜之壁層縫合更佳。否則必須小心用紗布塡之。開瘍後。卽將穴洗淨。日後再洗之。更爲有益。挿一大引流管。用紗布圍之。以免其膿旁滲。　若瘍生於右葉後。（此係常見者）由體側割開之。最爲適當。如由前割開不適用引流者。其割口須在腋中線微後。經過第九或十肋間處。將鄰肋之一截去一段。割開胸膜穴。將胸膜肋層縫於遮膈肌之層。該膈肌豎列。故易將胸膜穴與外口相隔。再將膈肌割開。設腹膜穴被開。須小心用紗布塡塞。繼則割肝。　有時膈肌與肝業已粘貼。或可尋得肝之一處。由此處將膿吸出。而開其瘍。　近有人謂阿米巴易爲淡貴林溶液所殺。故應用吸引器將瘍穴抽空。繼裝入三十或四十厘貴林雙氯鹽。Quinin. Bihydrochlor. 2—2.5 gm 不用引流。其效甚佳。　又須用顯微鏡察膿。如見他類膿稜而不見阿米巴。須施以平常割術。

帶蟲袋瘤 Hydatid cysts 肝較體之他處多患之。欲觀袋帶蟲之生活歷。及袋之組織。前已詳論。（見一百七十四頁）　此袋令肝之單處增大。疼痛。袋之小者如彈丸。大者可至兒頭。若瘤甚淺。其形則清顯。深者則否。袋中充滿液體及子袋等。捫之覺有浪動及虫袋顫狀。（因其內之子袋彼此傳動所致）　倘袋由肝之下邊凸

起。則易診斷。若深居肝中則難矣。用吸引器吸出其液。則能與疽或癰之瘤分清。或用探察剖術更爲相宜。帶蟲袋瘤內之流液比重略低。由一千零七至一千零九。略濁無脂有鹽少許。內有帶蟲頭及鈎。此爲病狀中之特別者。

結局 其袋時或隱而無害。有時或自變乾。因其虫已死而成一類灰泥 like wet mortar 之塊。或自行破裂。流至各處。(生膿與否不定)故有經腹壁而破於外者。或內破入腹膜穴者。致顯腦力猝衰。且多有成染性腹膜炎者。又有破入胃腸而自瘉。或穿過膈肌將內質咳出者。或破入胸膜穴。立生致命之胸膜炎。亦有破入心包或肝靜脈者。其內質能塞於右心室。頃刻即能致命。

治法 療此蟲袋莫妙於割腹前壁。或肋處及膈肌。而開其袋。令內質流出。若能將蟲袋壁之內層撕去更佳。此層與蟲袋外層相連甚鬆。一時即可畢事。須小心庇護腹膜。與治癰同。至肝面顯露時。可用套針刺入袋內。以減其漲度。再行割開以去其中之子袋。又用無稚鹽水洗淨其穴。其內層或以手指剜出。或用鈍解剖具取下。或將灌洗具之嘴置內層之下。以灌洗之力冲下之。亦無不可。如剜割合宜。肝之割口可以縫合。腹壁按平常法縫閉。無庸引流。因無稚之血塊充滿肝穴。自可必其瘉也。若有不妥處。可用紗裝滿其穴。俟其生肉芽而瘉。若袋壁之內層未曾除淨。須於穴內揷引流管。每換藥時灌洗之。萬勿將袋外之筋性層除去。因其與肝胴相貼甚緊。若去之。恐有大流血之險。昔時多用吸引器電化二法。以醫此患。雖以是醫瘉者不乏其人。(約居一半有餘)但多有腹膜炎隨之而

起。有易復發。且袋中之液易入腹膜穴。或因喫入之毒而發團瘢、或甚有中毒之狀顯出、　電化之法。因刺入袋壁。常於日後致有漏患。故此二法皆可廢焉。

帶蟲袋瘤生膿者。須照肝癉之治法理之。

肝瘤　少有係原發性者。雖有人報告曾見肝有血管瘤、腺瘤、及袋瘤等。但原發性瘤。多係疽類、生長時係一四侵之大塊。或中央有一小塊。四周散有子瘤。疕瘤亦甚罕見。惟繼發性瘤常見。其生於肝。有由胆囊直接長入者。有繼腸疽而起者。（繼胃疽、或胴疽而起者更多）亦有繼卵腺、子宮、乳房等疽而起者。皮黑疕。或視膜黑疕。肝亦可隨之受累。以上諸症。皆能致肝變大。其面凹凸不平。因瘤塊凸於下面也。若係疽類。塊面有時或凹。順性之瘤。間或有蒂生於肝之左葉。不甚覺痛。可用外科法治之。惟惡性者。因滙靜脈及胆管在肝滙隙處被壓。致顯腹𤸷及癀疸之狀。下肢因下總靜脈被壓。亦顯𤸷腫。

癨瘤　凡遺癨及自得癨。皆能致肝生瘤。故須精心辨識。免誤認爲較重之肝症。其瘤係單一或多數無定。爲一黃色之圓塊。內無血管。易變成似豆腐質。被許多筋膶所繞。此質既已被喫。該處則結瘢。致肝成畸形。　此症與肝子疸。不易區別。必詳查其病之來歷。若仍有疑。宜用伐薩曼查法試之。夫疽性瘤。其面甚硬而有凹處。舒長甚速。早致身體衰敗。且顯腹𤸷及癀疸之狀。癨瘤則不然。舒長甚緩。不累及肝滙靜脈隙之各件。有時脾因蠟樣症。或癨性症。兼顯脹大。用解癨藥甚效。且可爲辨識之助。

肝菊形菌症 Actinomycosis 約繼腸道而起。更有由闌尾或橫胴菊形菌症所累。或直接延至者。肝則變大而偏生粘着。若取出剖開視之。則見有如蜂窩或如海絨浸於膿內。繞患處生長筋胴甚多。且間胴亦頗似筋性。膿內含有菌之特形粒。其臨症歷與肝癉結局不佳。治法見四十七頁。

膽囊膽管症 AFFECTIONS OF THE GALL-BLADDER AND BILIARY PASSAGES

膽囊 係一梨形袋、第三百八十六圖 居於肝下。而突於腹穴。長約三至四寸。(76 — 100 mm) 按正常可存液一兩。(30 cc) 竊思肝所生之膽汁。每小時約三十西西。由此觀之。膽囊存膽液之功用甚少。無病之人。大約膽囊中無膽液。只為一壓器。以司膽液流入腸內。或發生粘性之質。將膽液變淡而已。 因病增大之膽囊。能脫至臍處。如一圓瘤。隨呼吸而動。約距腹前壁甚近。向左右甚為浮動。亦有長至甚大者。致誤認為卵腺袋。曾剖腹取出。則見其被腹膜遮之。而附麗於肝下面。所遮之多少不定。平常附麗於肝之面。約有五分之一。其附麗甚鬆。若得其適宜之層。則易使之與肝相離。其動脈距底略遠。有時此囊被腹膜全行包裹有一小膫令其浮動。曾見有二病者。因膽囊有此等浮動。甚發痹痛。如闌尾疼然。既將其割取。則見其中並無膽石。病者亦即痊癒。如稱此為膽囊痹。 Gall-bladder colic 則便與膽石痹有別矣。

膽囊管 第三百八十六圖CD 此管長約二寸。(50 mm) 或稍短。因腹膜附麗於此處。故畧成螺形。約能容五號之導尿筒。無病時。其中之泗膜摺相接甚近。雖探針或亦不能穿過。 肝管 見三百八十六圖HD 長二寸。(50 mm) 為左右葉之二管所成。此二管係由肝橫隙之兩端發出。相合而成一甚鈍之角。又伴肝動脈。向下在小腸上段上部份之上廉。即與膽囊管相合。而成一銳角。 總膽

管（見三百八十六圖CBD）此管長約三寸（76 mm）能容七號導尿筒有一寸或有餘居於小腸上段上廉之上。隨附於小腸上段後面。而居於小腸上段內廉與膵腺頭之間。即斜行穿入腸內。（見三百八十六圖X）有時其末段成爲伐忒氏壺腹。Vater's ampulla 其膵腺管則由此穿入。

胆囊破裂 常因打擠踢等傷所致。穿傷、鎗彈傷、亦有時可致其破裂。且有因大塊胆石塞管生瘍致囊破裂者。破裂後、血及胆汁則流入腹膜穴內。夫純胆汁無穢。若胆路已略發炎。穢必至胆囊之內。而生夾雜患。若胆汁甚多。忽流入腹膜穴。不論其有穢與否。必繼起急性腹膜炎。腹膜既㰦入胆汁。

第三百八十六圖

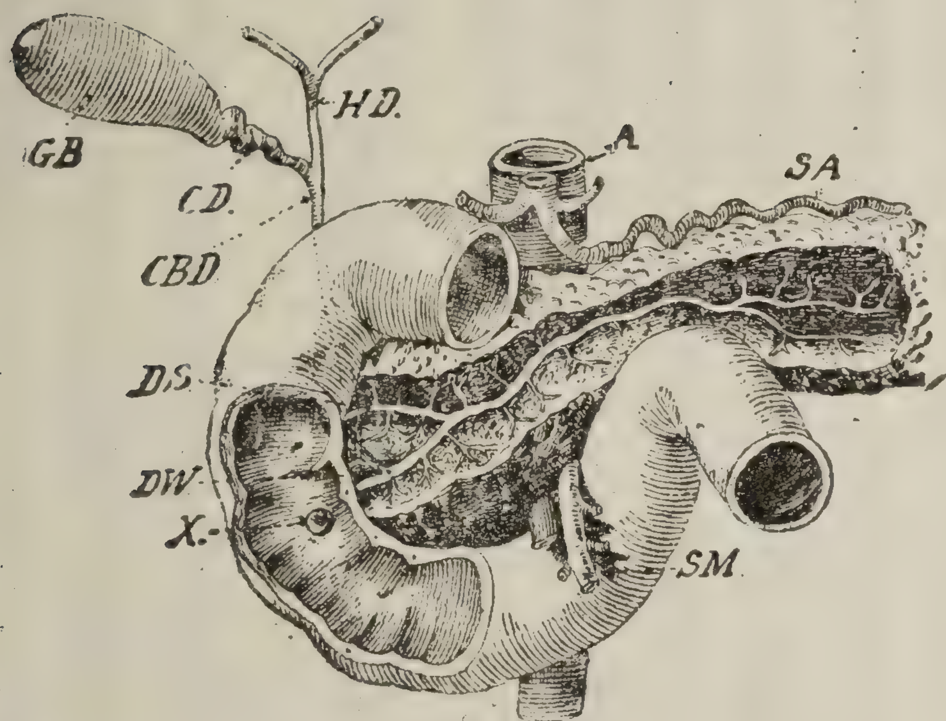


FIG. 386.—DIAGRAM OF THE BILIARY PASSAGES AND THEIR RELATION TO THE DUODENUM (WHICH HAS BEEN LAID OPEN,) AND PANCREAS.

GB, Gall-bladder; *CD*, cystic duct; *HD*, hepatic duct; *CBD*, common bile-duct; *DS*, duct of Santorini; *DW*, duct of Wirsung; *X*, opening of common bile-duct and duct of Wirsung in the duodenum; *A*, aorta; *SA*, splenic artery; *SM*, superior mesenteric vessels.

此圖表明胆路及其與小腸上段之連屬（小腸上段已剖開）

GB	CD	HD	CBD	DS	DW	X	A	SA	SM
胆囊	膽囊管	肝管	總胆管	腺副管	腺管	腺管及總胆管之口	腹總動脈	脾動脈	懸膜上血管

則顯癀狀。尿內亦含胆質。若漸漸流入。或可成單處腹膜癰。或致積存流液。隨有癀疽。及灰色之大便。 如因穿傷所致。胆汁及血則流至皮面。染性腹膜炎。即隨之而起立顯之病狀。乃腦力猝衰。與肋下處重痛。後或有急性腹膜炎。或腹膜內之一處繼起一腫塊。且皆顯有癀狀。 治法。須用剖腹察法。腹內之液。用棉球蘸去。或洗淨之。亦須小心查驗胆囊。若見有微傷處。縫閉則可。但宜用紗條插至傷處數日。縱有漏液。亦可引而流出矣。倘有重傷則需割除胆囊。若胆總管全斷。可先將斷端縫合。繼施胆囊腸接通術。若其傷小。用縫合之術即可。

胆管炎 此係多見之症。約隨胃小腸上段卡他耳而起。其屬性與凡有洄膜處發炎同。有限於大胆管並其肝內所分之枝者。名肝管炎 Cholangitis 或有累及胆囊者。名胆囊炎 Cholecystitis 係由微生物所致。如鏈點、球點、或桐桿穢等。最爲多見。有只係順性卡他耳者。亦有發炎後而生膿者。

卡他耳性肝管炎 Catarrhal cholangitis 此症關於內科者雖多於外科。然因胆石之病原。多與此症有關。故當然於外科中論之。急性類。多見於幼年。因其所食過度。或食物不宜。而兼受寒冷也。病者甚覺不爽。或有寒戰。且面色署黃。或直顯癀疽之狀。宜忌一切食物。只食流質。並服輕瀉之鹽類藥。病狀即可速退。

有時此患係慢性類。多見於消化不良之中年人。因事務忙而食物失時。且欠精美。並有大便秘結。勞心過度所致。若兼嗜酒。其患更重。此類人多有肝患。面色略黃。但不至癀疽之甚。體重漸輕。最易

發怒。惟無惡症之重狀。其肝增大。捫之覺疼。膽囊或可捫出。此類病者。最易生胆石。宜多飲鑛泉水。兼用水浴法。並節制其飲食。此等療法。若病者聽從指示。即在家調養。亦可見效。

染性肝管炎 Infective cholangitis 此係最重之症。可致人死。其原因約係總胆管內有一石或數石而致。亦有因他故而起者。（如蛔蟲或帶蟲袋瘤潛入胆管內或惡瘤或胆囊生膿反延至肝）凡胆症所顯之狀。乃因有石過管而致。故身體發熱。並有寒戰及癀疸之狀。果記生胆之壓力不大。則易知此類之狀由何而顯。故肝增大。捫之覺疼。皆爲此症輕時之特狀。　治法若能去其病原則去之。否則用胆囊成口術（製造瘺術）Cholecystostomy 以引流胆管之液。切勿忘此等患若係日久。可致肝病。並可致慢性膵腺炎。或粘性腹膜炎。此可增後日施手術之煩難。故如顯此等之狀。對於施手術不可過於延悞也。　重類者。其膿則經過胆管。於肝內則成多瘻。（見第九百六十三頁）用引流法而去其致病之胆石。或畧有望。但判症結局甚爲不佳。

胆囊炎 Cholecystitis 此症多由胆石所致。但亦有繼癥症而起者。確係癥桿穉喜居於胆囊內。患癥症後雖經數年之久。其穉仍居於胆囊。故此類人對於公衆。甚有危險。因其爲致病之媒。（蘊藏者）常散出其活穉也。　有時鏈點穉、球點穉。亦居於胆囊。其兼有胴桿穉與否不定。

除胆囊居於腹穴內。其病狀無可特注意者。與闌尾患畧似。惟因其壁較厚。而多有彈力。故致腹膜受害之危險畧少。有時胆囊內貯洄膿甚多。雖膨脹而仍不破。曾有於盆內被開者。亦有於開疝囊

時而被開者。有時於胆囊與胃或小腸上段或橫胴之間。生保護性之粘着。致人甚覺不爽。有如生胆石之狀。

臨症之狀。按其病係慢性或急性而異。胆石所致之慢性類。其狀與胆石相似。胆囊增大。捫之署痛。若囊管被塞。其囊按其激惹之烈否。則被泗或泗膿而膨脹。　急性者。其右肋下處痛。及捫痛更甚。兼有嘔吐。大便秘結。及發熱之狀。有時大便秘結甚重。此因隣病處之腸蟠被癱之故。而橫胴尤甚。腹壁板硬。在右直肌尤甚。但其增大之胆囊在腹壁下可以捫出。曾見一病者。其胆囊大如椰瓢。剖出視之。則見其色赤紅。內含泗膿約有八兩（2.40 cc）毫無粘着之處。惟其中有二胆石。一則嵌於囊壁之腫處。似欲穿破。平常所生之粘着。足能免腹膜穴受害。故其瘴若不割開。可穿至腸內。或向皮面而破。甚劇者。胆囊壁可潰而成疳。(名疳性胆囊炎)致腹膜穴隨之受染。輕者或炎勢漸退。其液可由天然之路流空。但其粘着多少或仍存留。致遺後患。或胆囊自行消瘦。

治法　若係胆石。宜治其病原。若係膿性炎類。宜速將胆囊割去。如割除發炎之闌尾然。有時其粘着由大膝而生。此則割去不難。隨即將胆囊盡行割去。若粘着日久而堅厚。必須剖囊去石。而用引流法。其剖術詳後。

胆石症 Cholelithiasis 胆囊或胆管內有胆石。即以此名之。大半為可雷司特林。(胆渣素晶) Cholesterine 與泗結聚而成。為胆色質所染。哥羅方可消溶之。方離身體而溼潤時。其比重較水略大。故浸入則

第三百八十七圖



FIG. 387 VARIOUS TYPES OF GALL-STONES

各式之胆石

沉。至乾時則漂浮矣。石之多少不定。有時祗有一塊。其形橢圓。但數多者常見有數十或數百塊者。各具小面。並有似黃緞色之光澤。如存胆囊內日久。常成深棕或黑色。

原由　胆石之原由。究不易盡悉。但確信其胆囊壁或胆管必先有炎勢。其內膚膝則生可雷司特林。初起約因腸胃有卡他耳性炎上延而入胆囊。其石常生於胆囊。或胆管之內。但亦有因患肝病甚久。而石生於肝內者。婦女素患胃滯、大便祕結。常兼有胆石。更有兼患痘症者。此係該症之原因。抑或係該症之所致。昔有一病者。其症之原因。約係前數年咽一針。走入胆囊。故發炎而成石塊。割除時。計石六十六塊。而針亦在其中。　在剖屍時。於胆囊中常無意見有胆石。此可見其石雖積存多年。亦不爲害也。但於離位時。始顯苦難。而兼有發炎之勢。首先之據。即胆囊或忽發急膿性炎。若不即時療治。可致佈性腹膜炎。有時胆囊有慢性激惹。致其壁變厚。先則盈血。隨則變白而硬。

致囊壁似膜緊包石塊。而不容移位。終或成爲疽症。亦有胆囊與圍胴相粘。而阻小腸上段或橫胴之動功者。但多見者。乃胆囊內之液。足使囊膨脹。致欲將石逼出。而顯痛狀。有時其石復行脫回。或脫入腸內。或停於囊管或總胆管。而不能再進。此等胆石。能潰穿腹內之器官。如胃、小腸上段、胴等。致其病狀減退。或破入腹膜穴。致起腹膜炎。

臨症之狀 其狀按石所居之地位及其情形而有不同。

(一)潛伏期。乃其石浮於胆囊內。但無大害所顯不爽之狀。乃指病在胃。而不在肋下處。病者自謂腹上處沉重。飯後尤甚。胃亦膨滿。若作噎、或作嘔。則覺舒暢。此狀有經數年之久者。且兼有大便秘結。有時其不爽之狀。變爲急痛。致令身體屈就。深呼吸尤甚。其時或兼覺寒冷。但不至發戰。痛勢旣過。則出汗。此等患者。面色略黃。在自覺胆多之日更顯。捫其胆囊亦覺疼。但非急痛。其有胆石與否不能確定。惜用X光線。於判斷亦無大助。

(二)胆石動蕩而欲逸出。其所顯之狀甚爲明然。最顯之狀即痛。其痛分數類。(甲)單處痛。因胆囊被惹所致。即在肋下。瘮痛。映至背後。與第十肋相平。或上映至右肩。動時則痛加重。(乙)胆囊周圍粘着所致之痛。此因粘着阻碍胃及腸之動功所致。故其痛則在腹上處。多係痱類。在飯後更顯。(丙)最烈之痛乃胆石痱類。Biliary colic 此因其囊欲自逼出其石之故。有時其痛難忍。忽然而起。少時復忽然而止。蓋其石或已前行。或復脫回也。痛甚劇時。或致病者腦力虛脫。其痛由右肋下

處。射至髀處及背。此時胆囊或增大而緊張。肝亦略腫。在痱痛時。或痛畢。則有嘔吐。若胃或小腸上段有粘着更易如此。其後少有顯癀疸者。如顯癀疸。此因胆管內之泗膜發腫。阻碍胆汁流出也。若石脫回胆囊。少有如此者。若胆囊內有多數動蕩之胆石。能令胆囊增大。由外面可以捫出。

（三）若胆囊管被石所塞。該處則覺痛。其痛或恆久不止。但忽加重。隨復減輕。胆囊被其中之泗性泌膨脹而增大。約不顯癀疸之狀。　有時急性炎狀隨之而發。名急膿性胆囊炎 Acute suppurative cholecystitis 由是胆囊潰爛而破。間有起慢性膿病。而胆囊積膿者。

（四）有時胆石停於囊管及肝管之交處。則顯最劇之塞閉狀。其痛甚急。癀疸亦甚重。惟胆囊或空虛。肝必增大。

（五）總胆管若有胆石。其顯狀甚爲不一。雖最小之石亦可致最烈之狀。而最大之石。則或不然。有時有數石埋於一軟塊胆泥之中。此係變乾之胆鹽類所成 其方位無定。若只有一石。約多居於管之下段。若有數石。則居於管之全路。所顯之病狀。即陣痛。嘔吐。癀疸。有時癀疸甚重。但不如惡症所顯者久而不退。其石略能動蕩。有似球形活栓。開時可容胆汁流過。惡症則永久閉塞。故癀疸之狀久不減退。肝因胆汁被阻則亦變大。但胆囊不受累而膨脹。惡症及他久癀疸症大抵不然。則令胆囊增脹不少。若石居於伐武氏壺腹。則膵腺之患與癀疸之狀同時而起。但有時該處潰爛。致石易入小腸上段。若向後而破腹膜後膈即受累。而成一膈肌下癱。

治法 其初只係內科。即精心調理飲食。只食易化薄味食物。兼運動身體。並服鹻性鹽瀉劑。多飲純潔之水等。最佳乃於鑛泉醫院療之。但其人果能按例而行。雖在家調養亦可。其胆疴則敷以熱濕布兼注射莫非。且服撒斐或他類防腸穢藥。更用鈉柳礬以助胆汁更加流動。如此治法。其胆石或變軟而消化。或仍存於囊內而不爲害。此則尙未確定。若病狀仍不減輕。則勿按此法徒行躭悞也。上論胆石不能謂爲無害之物。因其能致最重之炎患。或起惡症。是以其狀若仍屢發。或更增重。必用割術治之。所用之割術。按其石所居之方位而異。故人設備多法。以治理此症之諸患也。切勿忘人有胆石。係胆囊內膜慢性炎之據。且其石居於囊內使其炎勢加重。致壁變硬或加厚。僅去其石。恐未必使其炎盡痊。故去後而復發者不少。且激惹既去。則變硬之壁常收縮。而胆囊成爲無功用之器官矣。故欲設法救其胆囊。多半無用。是以普通療治之理。若料其石復生。或爲無功用之胆囊。則將胆囊及其中之石一併去之爲佳。若石久塞於囊管。用胆囊割除術最佳。因去石後該處約必有狹窄之患。胆囊痳或胆囊積膿必隨之而起。胆石所致之急性胆囊炎、割去胆囊亦佳。慢性膿病者亦然。

剖囊去石而縫合之。有時可用。如胆石之狀甚輕。或剖腹時偶遇其囊內有石者。皆可如是行之。若囊壁健全。約不必用引流法。

病狀不甚劇。而病者屢發胆石性之痛。作嘔。且面色略黃。既剖腹。而見胆囊未有粘着。其組織亦未

改變。若剖取其石用引流法數日較將胆囊割去爲佳因胆汁既已流出。肝之盈血即減輕。而人亦精爽。有時此類病者。肝管內所存之小石。亦可乘機流出。其引流管宜直插至胆囊底。用羊腸線縫妥。越一星期。該線被消化。流管即出。其胆汁經一或二星期仍向外流。後則止。隨用紗布塞其胆囊之傷口。遂生肉芽而閉。若日久不閉。則另用割術。將胆囊瘺口之邊向內摺而縫合。或將胆囊盡行割去。而縛其囊管。

若胆石塞於囊管。約須將胆囊割去。因剖而去其石。日後大抵有狹窄之患。若石停塞於總胆管之交處甚近。莫如將胆囊粘着之處分離。於石之遠側割斷囊管而去其胆囊。隨用指壓出其石。或用匙挖出。後引流胆路數日。或將管用線縛閉。

石塞於總胆管者。則使管露明剖開而除之。若石居於總管之上處。即小腸上段之上。此則不難去之。宜將石持穩。循長軸剖開其管。用合宜之紗塊保護其腹膜。隨取其石。且用探針。上至肝下至腸。詳查其更有他石否。若石居於小腸上段第二部份之後。有時用指能將之擠向上。如不能。宜於小腸上段之外側。割其腹膜。使小腸上段活動。隨即使之移向內。則石及脹大之管。於其外側即可捫出。此二手術。宜用線試縫其管。但勿將涠膜一併縫之。惟用引流管置於管內數日。俾肝之盈血減輕而較佳。其傷口約可順痊。

亦有其石居於管之下段者。必須將小腸上段前後循長軸剖開。取出其石。使腸後壁與管成一相

通之痛。(此名胆管小腸上段內造瘺術)凡有停塞之石。切不可留於本處。雖越數日或數星期其石能自前行。但其離位之先。能大損害胆器官及腰腺也。

胆路手術

約無特別之預備法。有謂久患黃疸者。可用鈣乳强攣 Lactate of caleium二十或三十厘。(1—2 gram)射於肛內一二次。以減其流血。但不甚可恃。

凡於胆石施割術。最佳者宜用一硬沙墊墊於背後。俾肝向前。以便至其深處。

所作之割口不一。常用者係豎形。長三至四寸。(75—100 mm)經過腹直肌之外側。若僅開囊取石。且其囊易於尋得者。如此割口足矣。但胆囊若被粘着貼近肝之下面。或欲將胆囊全行割去。或欲探查。或欲開總胆管。其割口宜較大。故於割口之上端。距肋下一寸半。(38 mm)再割一口。橫過腹直肌。若必須割之。可割至身之中線。(第三百六十一圖B) 近有陪忒氏 Perthes 謂割口宜挨近身中線。由骶尾起至近臍之處。並橫過腹直肌。向外而至肋廉。但未割腹直肌之先。宜在割處之上下。用褥縫術將肌絲縫於肌鞘之淺層。以免其斷後縮入鞘內。再由正角形之割口處。將皮及肌剖離鞘之後層與腹膜。隨斜割之。鞘之後層與腹膜所以作如此形勢之割口者。首爲甚便得其胆路。更爲免割斷司腹直肌之腦經。除須用引流者外。此割術甚佳。

既開其腹膜穴。將肝牽向上外。將腸胃大膫壓向下內。並用布片庇護之。若該處未有粘着。則用割術之原意。不難成就。然有時已生粘着。致手術甚爲煩難。割粘着時。宜小心斷之。以免其後流血。若胆囊甚爲增漲。有時必先刺放其內物。始能判定其確係何病。宜用如何治法。最當小心勿使腹膜穴被胆、泗、膿、或石等所汚。約因其有染性也。

胆囊取石及縫合術 Cholecystendysis 先用套針刺入。隨用刀開大其口。用鑷或匙將石取出。或用指由外擠出。隨

縫合其口。但勿將泗膜一併縫入。視胆囊之健否再縫一或二行。以便堅固。或用大臁一塊植於其上。以增其堅固亦可。

胆囊成口術 又名胆囊製造瘺術 Cholecystostomy 必將中號無旁孔之引流管。用羊腸線縫於胆囊。此線約能經一星期) 隨將胆囊固定於腹膜壁層。再將所餘之口縫合。有時於胆囊與腹膜穴之間可隔以紗布。以免胆汁漏入腹穴。引流管之外端置於瓶內。其瓶帶於病者之身旁。以貯流出之胆汁。管既鬆。即可取出。其瘺口用紗布輕塞之。此時病者必累覺不適。因胆汁常汚其敷料。不能不屢更換也。迨傷口癒合。胆汁難向外流。則循天然本路而行。至二三星期。胆汁毫不外流。可容割口自閉矣。倘胆汁仍向外流。必另設法治之。若囊內見有胆汁。則知總胆管已通。即可使圍胆囊口之粘着相離。而縫合之。但囊內不見胆汁。此表明胆管有狹窄。或塞而不通之處。設不能使通。必用胆囊腸接通術治之。

胆囊割取術 Cholecystectomy 前已論胆石症多半以此術治之。最為適宜。平常施此術不難。因此而死者亦甚少。即將漿液膜由胆囊之兩旁及底距由肝反折約一百分米(1 cm)之處分開。則不難於胆囊與肝筋衣間尋一分離之路。俾胆囊與肝易於相離。於是用線縛胆囊之血管。再縛其囊管而割斷之。去胆囊。後若能將腹膜蓋其原位。則佳。該處約須塞紗布數日。

胆囊腸接通術 又名 製造瘺術 Cholecystenterostomy 係於胆囊與腸之間作一通路也。因總胆管完全狹窄。致久顯癀疸者。宜用此術。因惡瘤生於腰腺頭或腸。而壓胆管之口致顯癀疸者。亦宜用此術。但僅能得暫時之益。乃按上所論之法。將胆囊及小腸上段露明。而使之相挨。隨按腸旁接通術。(側壁吻合術)僅用線縫合使成通路。

胆囊及胆路瘤 約係惡性。乃柱眯疸類。少見其為順性者。疸瘤不少見。每兼有胆石。有人謂兼胆石者約居百分之九十或九十五 致人疑其係受石之激惹而起。患此病者女較男如三之比一。胆囊疸約由胆而起。底囊

上延。其病狀、即該處顯硬而不疼之腫脹。體重減輕。後則顯癀疸及腹痳之狀。原發性總胆管疸。甚爲罕見。其初狀、即胆囊緊張。癀疸不疼。其癀疸久而漸重。隨因瘤壓幽門及小腸上段。則有胃狀顯出。其病狀按其瘤延及何處而略有不同。此二類疸。可循肝鐮筋帶之淋巴管延至臍處。在該處即生子疣。此可爲判症之助。

治法 大約無益。因病既查明時則已遲也。間或能將胆囊或鄰近肝之一塊割去。但係總胆管瘤。則不能割之。若用胆囊腸接通術。或能將甚重之癀疸減輕。使病者略覺精爽。

膵腺症 AFFECTIONS OF THE PANCREAS

膵腺係生消化液之器官。此液由膵管而入腸。第三百八十六圖D w 此膵管乃經膵腺之全體。與總胆管同入伐式氏壜。略高一寸處更有一副管。亦通入腸。D S 膵腺之患。近年始經外科醫士考知。其位居最深。其連屬最繁。故昔不甚注意。邇來外科醫士。窮究其症而發明手術。 可以割至膵腺者。有二法。（一）穿過腹膜穴法。在臍上腹中線開腹。又在胃上割分小臁。或於胃大彎下割分大臁。或割分橫胴懸膜。皆可至膵腺。（二）經腹膜後之法。在腰處即末肋之下作割口。此法祇能顯出膵腺頭或尾。膵腺傷及施割術於膵腺。有二大險。（一）此腺血養甚多。故極難止血。縛膵腺胴每致胴死。且由死胴發生酶害及鄰胴。致有再流血之患。惟深縫線及止血墊二者可用以止血。（二）膵腺液遺

漏。亦一大害。所至之處。則有脂膶死。故於急性胰腺症。見大膫及懸膜有甚多死脂膶佈徧其間、且其害累及腹膜發無穡性炎。及腸癱患。均可致命。倘顯有穡。必起染性腹膜炎。

胰腺破傷。多由腹上處受直接暴力。無論其傷穿否。皆足致此患。有時胃或腸上段亦同時受傷。故外科士遇有鄰近胰腺處之傷損。須驗查此器官。若有破傷。須用深縫線及止血墊治之、蓋止血墊不但止血。且可引出所漏之胰腺液。　曾有報告胰腺因腹破傷而凸出者、亦有大離其原位者。無論其痏如何之重。不可全行割除。因日後必致糖尿症也。故須整理潔淨、復其原位。

急性胰腺炎 Acute pancreatitis　此係重患。常能致命。每誤認爲急性腸塞症。直至割時或剖屍時。始能確悉。若因損傷則有膶間流血。漸次增重。嗜酒者亦時有此等流血。此名胰腺中風、此類患雖未染穡。皆可起急狀。亦足致命。更多有由染穡而起者。穡由腸而至胰腺。或胆石塞於胆管之腸端內。令胆汁反流而致。有時因有胰腺石。亦能發急性胰腺炎。其石約係長形之小塊。大半爲鏴碳強礬所成。　胰腺發大。且厚而盈血。生膿之域點佈散其中。在胰腺內外有死點。乃胰腺液之化功所致。有時全胰腺或其大段變爲疥。其前面有發炎之滲出質。爲膿或血。有時限於腹膜小囊之內。其一切病狀。與膈下瘭相似。亦有累及腹膜全穴者。

病狀　甚爲不同。大約初起腹上處劇痛。極爲慘苦。惡心、嘔吐、繼有便秘結。腹脹。甚重之腦力脫失。或致立時無救。　其痛者。因胰腺腫壓及腹短動脈腦經雞也。其腹脹先起於腹上處。或只限於此

處。未幾則顯急佈性腹膜炎狀。有時至數日、其患略平靜。但致命者居多。

診斷 常悞認爲急性腸塞症。或急佈性腹膜炎。惟於剖腹後始見確實。

治法 宜用腹剖術。將滲出炎質取出。倘顯佈性腹膜炎狀。宜剖腹穴之上下而灌洗之。並露明其患處。將膵腺之死腡割去。隨設引流。如或單處瘴。須格外小心。防染及腹膜大穴。此等患、用背後引流法最宜。

慢性膵腺炎 Chronic pancreatitis 此不可謂爲非常見之症。多同胆石及胆管炎而發。或繼胃腸上段卡他耳或瘍而起。其腺較硬於常。且或縮小。腹上處腫。易悞認爲膵腺疸。或顯胃滯類之病狀。常見腹上處作疼。在臍微上捫之亦痛。若係慢性類。或兼有糖尿症。若大便瀉而甚臭。且含有未化之脂。身體並速見消瘦。亦爲可疑之狀。 手術療法。或有裨益。因有時見有膵腺石或胆石塞閉其管。且用胆囊成口術。及引流胆路。亦有獲益者也。

膵腺袋瘤 Cysts of the pancreas 自一千八百八十七年至今。始識此病生於膵腺內。但順性腺管塞閉。不足以成此症。必腺管內之膚膝兼有病患。而不能將積存之液哢回。則此症成矣。輕損傷、常爲起此症之原因。亦有於患炎之後而繼生袋者。袋內之液。濁黃雜血。無臭。比重頗高。係中立或鹼性、且含胉。但無尿素及胆。具有化胉、使脂成匀、轉粳爲糖等能力。 捫之則知其袋爲一球形緊張之瘤。按之有動浪。或彈力性。深列腹中不活動。可傳腹總動脈之搏動。袋與胃及橫胴連屬之位置。

第三百八十八圖

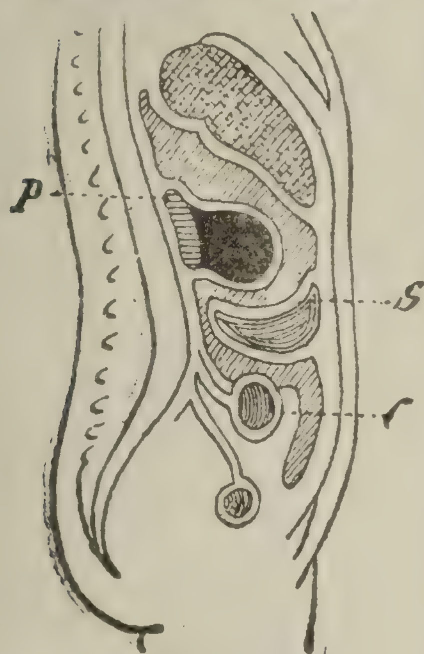


Fig. 388

第三百八十九圖

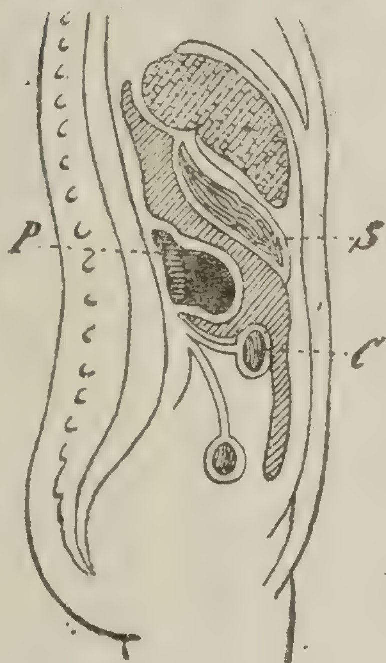


Fig. 389

第三百九十圖

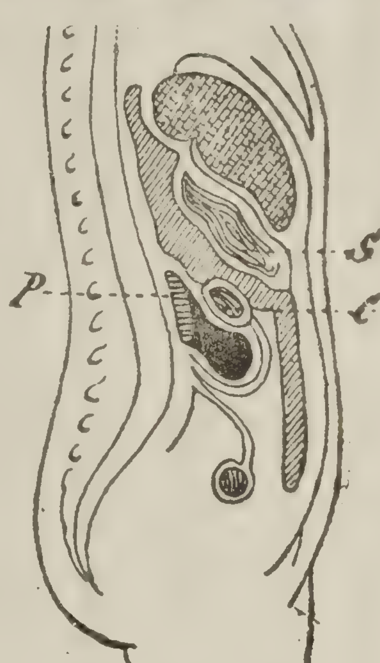


Fig. 390

Figs 398-340—Diagrams to represent the Varying Relations of Pancreatic Cysts.

In Fig. 388 the cyst (*P*) projects forwards between the stomach (*S*) and liver into the lesser peritoneal sac, presenting through the lesser omentum. In Fig. 389 the cyst is located below the stomach, projecting forwards between the stomach and the transverse colon (*C*). In Fig. 390 the cyst lies lower, between the transverse colon above and the small intestine with its mesentery below.

三八八圖袋(P)凸於腹膜小囊而顯於肝胃(S)之間

三八九圖袋居於胃下凸於胃與橫胴(C)之間

三九〇圖袋位睪下上有橫胴下有小腸及其滕

各有不同。第三百八十八圖初列於胃後。長大則向前凸。繼則向橫胴之上胃之下。漸至腹壁。第三百八十九圖亦有居於胃上或橫胴下者。第三百九十圖但少見之。　膵腺袋約生於中年。且多係男人。有時頗形消瘦。因所食之脂類物。由大便而出也。皮色如土。羸弱顯然。

治法　在胃與橫胴之間剖露其袋。既至袋處。則用套針放液。並設法引流。用一大引流管。由前或脊側插入。因流出之質。具有消化力。故四週之皮常惹。其結局雖佳。但痊癒須緩。或遺下恆有之瘺。　曾有一百零一人患此症。施以手術而死者僅五人。因手術而死者四。因瘺被染而死者一。

膵腺疽　有係原發性者。有由胃或幽門傳來者。皆係圓睞類之硬疽。此患之

初期。未必覺痛。只於腹上與肋下之間。有一橢圓形塊。迨舒長時則覺痛。身體速瘦。厭食無神。隨則顯癀疽之狀。漸次增重。胆囊增大。因滙靜脈被壓而顯腹疢。因下總靜脈受累。下肢或亦顯腫。且因疽壓及幽門。使之變窄。致胃膨脹。　曾有患此症者一二人。將疽割去。已收功效。但於剖腹前。並未診斷明確也。　疕與他等瘤生於膵腺者少見。

脾症 AFFECTIONS OF THE SPLEEN

脾破裂　多因損傷所致。令有甚重之腦力猝衰。左肋下處疼痛。兼有甚重腹內流血。速即至死。輕者血積於左腰處。向盆而流。右腰處因懸膜阻隔。則無血流入。宜即施腹剖術。倘傷甚巨。應割除全脾。以線縛定脾血管。此等療法。甚屬妥善。曾有以線縫脾。或將紗條塞入。數日再行更換。以止血流者。

脾瘒　多因穢串癧症而致。或隨損傷而起。若鄰近之腸蟠同有傷損。則更易生瘒。　病狀在左肋下深處顯生膿諸狀。其瘒或向外穿頭。或向內穿入腹膜穴。若小心割開而引流之。與治腹膜內他種積質相似。常可獲效。惟因穢串瘒而起者。多在脾瘒未顯之先而死。

浮動脾 Floating spleen　有由於先天者。亦有因束腰之損傷或生瘤而致者。腹內顯有移動之塊。形似脾。前廉有峽。食後增大。有時列於右髂凹或盆內。生有窄長之蒂。故有扭轉之患。若此器官離

位。令人欠爽。疼痛。昔時祗用脾割除術以療之。今則用脾縫定術。已獲痊者數人。　脾腹壁縫術。乃在腹膜之外左側浮肋之下。鬆連網內。爲脾製作一位。再將腹膜壁層作一小孔。令脾穿過。繼以線穿其包膜。懸於膈肌之下。

脾增大　此症不少見。其原因甚多。所顯之特狀。乃在左肋下有一增大之塊。凸向臍處。可於其前而捫得其峽。因此塊依腹前壁甚近。故腸蟠不居於其前。但於腰處叩有空响。呼吸時此塊隨之而動。有時於飯後增大。

最常見之原因列下。(一)有數類全身症。如瘧症、先天癨症、小兒骨軟症、蠟樣變症、何哲金氏症、及全身性瘰症等。(二)靜脈盈血。因心肺或肝將血反壓所致。如慢性心門症。慢性肺症。及肝變硬症等。(三)亦有因數種血症所致者。如脾與骨髓性血白脒增多症等。Splenomedullary leukemia 之血數目見六十三頁　脾性血虧症。若有脾增大而兼一種綠色血虧者。隨則肝即變硬。但血白脒不增多。凡上諸狀。遂合成所謂半替氏症。Banti's disease 亦有血脒多症。Polycythemia 即紅脒之數甚增。紅脒紅腥亦增。而脾增大者。(四)亦有順性脾過長者。惟其血無特別之改變。(五)瘤或袋瘤亦可致脾增大。其瘤約係子瘤。且屬惡性類。若係袋瘤。多爲袋帶蟲瘤。或爲順性漿液袋瘤。以上各症之區別。在此不能悉述。惟最要者須詳細查血。及查其他器官是否有病。

治法　按其病原而異。倘用藥無效。則宜酌其可否施用脾割除術也。Splenectomy 會有數種脾患。

用手術治之。則知其理合乎外科之例。脾受損傷者。以此術治之。實合宜而無險。脾胴過長。及瘧症之增大患。倘用藥無效而欠爽者。可用此術。若袋瘤用引流法而無效者。或早悉脾有惡瘤者。亦可用此術。　血白脎增多症。切不可將脾割除。因所割之病人。未有不死者也。脾性血虧症。曾有數人用手術而見效。則見其紅脎之數增多。紅脠亦增多。而白脎數則無所改變。此可見脾有滅紅脎之能也。既將其割去。故紅脎即復原。其法乃作一合宜之長割口。約循腹弓紋最佳。既將腹膜割開。宜細心查驗其有無粘着胴。若粘着甚多。醫士宜停手勿動。因分開之。易有致命流血之患。若無粘着。宜小心由腹中牽出。分開胃脾膫之淺層而露出其血管。小心將動脈在入脾臍之處縛妥。不可遠離此處而縛其動脈幹。隨將脾腎及脾膈二筋帶割斷。取出其脾。曾有用此手術後而胃有流血之患者。約因未嘗小心於近脾臍處縛其血管也。設將脾靜脈及胃賁門處靜脈。胃短靜脈一併縛之。必致胃壁盈血。或可使血流出。

第三十六章　疝　HERNIA

西名 Hernia 乃指某穴內之器官穿過其穴壁之孔也。不但起於腹穴。即腦肺等亦可患之。此章只論屬於腹者名腹疝 Abdominal hernia. 此類又名脫腸

起疝之處 最易在腹壁較弱之點。因有物件經過。若在精索或子宮圓筋帶經過處。則成腠疝 Inguinal hernia. 若在股道口循股血管過髂腠筋帶下者。則成股疝 Femoral hernia. 若穿臍者。則成臍疝 Umbilical hernia. 有時腹疝脫出盆孔、骶骶大峽、膈肌等處。

病原 原因不一。有直接致者。有間接致者。約分先天及後天二大類。先天之因係腹壁畸形。或舒長不足而致。其要因厥有數端。試列於下。（甲）腹膜索狀突不閉。在男則與精腺同墜入陽囊。在女則與子宮圓筋帶同至腠道。此即先天腠道疝。此疝未必顯於小兒初生時。或至童年始顯。凡患斜腠疝者。約因索狀突未全閉合。其上端留一小囊。雖未必因此起疝。倘其人腹壁不健。常可使此囊凸顯。婦女未至二十五歲而顯腠道疝者。多係先天腠道袋所致。（乙）精腺晚降。無論降下至陽囊與否。常兼有先天疝。或腹壁間疝。（丙）腹肌或腠道口先天鬆弱。每爲起疝之素因。亦有其疝係家族性者。（丁）有謂腸懸膜或膫過長以致患疝者。但不能獨因此故而起。（戊）因莖頭包皮口狹窄。常用力小便。亦爲致疝之因。（己）腹白紋及腹弓紋先

天有孔。此孔即在腹直肌腱交义之處。故於此處可起腹疝。（庚）有時初生小兒。其臍舒長不足而未封閉。容腸凸入臍帶底。因此則成先天臍疝。（辛）有時膈肌有缺。致腸或胃入於胸穴而成內疝。

後天之因。如有何故令腹壁鬆弱。或腹內壓力過大。皆可致疝。（一）如腹因手術後所成之瘢痕不健。（二）直接傷亦可致疝。此類疝約不居於平常起疝之處。若醫士早見患者。該處只有捫疼、腫大、血瘀等傷狀。將來因此成疝與否。則不敢必。除該處原有囊外。平常少有因之而成全疝者。如有囊。則易成勒疝。不然其時所成者。則爲不全疝之類。（三）最多致疝之故。乃係常用力以提重物也。若直立而負重物。或腰帶束之甚緊。更易致之。若人有重性氣管炎日久。或因胱底腺增大。或因尿管狹窄而小便費力等。亦爲致疝之原。慢性大便秘結。亦可致疝。若所用之便桶甚高。胯道不得腿之護力。更易致此。故胯處鬆垂者。用極低之便桶乃佳。（四）腹壁弛緩。亦爲致疝之原。若兼有努力之事。更易致此。如屢孕之婦。腹壁常被展張。不容復原。至生產時。則易於股道或白紋處起疝。亦有老年人腹壁弛緩。腹下處突垂。可助成直胯疝。若其人甚嗽。或胱底腺增大。更易致此。在老年人或虛弱者。更有一致疝之故。因腹後壁至懸膜底之無紋肌鬆弱。致腸懸膜墜下。則腸聚於腹下處而突於盆口邊也。（五）體胖者亦爲致疝之原。因腸懸膜、膫及腹膜下之脂膶甚多。致腹內之壓力增大也。

構造　疝者。乃一囊及其所貯之物也。其囊係腹膜所成。有時因與腹壁膶黏着則增厚。其內物乃脫出之內臟。

疝囊後天疝。其囊初係小漏斗形而薄。由蓋疝孔之漿液膜所成。久之囊則變大。半因其壁伸張。半因被內物牽下所致。有時因伸張不勻。致某處突出而成多小囊。或縮成葫蘆形。此因某處發炎而致也。為便於講論起見。將囊分頸底兩端。其頸先或寬大。後則漸窄。且或因受疝帶或囊內之物之壓。則被激惹而長厚。其底大小形式不等。其構造亦或大有改變。

(甲)囊早與隣膶相粘。若激惹加甚。其粘着則更顯。　(乙)發炎。乃因損傷或壓力。致起單處腹膜炎。若係慢性類。囊則增厚而不透光。且有張大之血管佈於其面。久不復回之疝更如此。若係急性或次急性炎類。其囊壁則與內物粘貼。倘無內物。則兩壁自相粘貼。有時因頸相粘。或被膫所塞。腹內之物不能進入疝內。則疝遂自瘉。或粘着之大膫。將囊分為上下段。其下段有液積於其內。此名疝囊積液。(丙)如損傷而血流入囊壁。其壁則增厚。而色如熟革。　凡久疝其包囊壁之膶必變厚相粘。難辨其層數。其頸尤然。致助成勒疝。　疝出之孔漸變其形。增大而圓。且可移位。如腴道本斜。後則變為直者。故腴道之深口。恰居於淺口之後。

疝內物　腹所有之諸內臟。除膵腺外。皆可脫至疝囊內。大約小腸及膫為常見。

腸疝 Enterocele 係有腸一段貯於疝內。其初尚可復回。終則腸與疝壁或他物相粘。則不能復回矣。

有時因囊發炎。而疝內之腸受累。如不能復回。腸內之物被阻塞而囊血管擠小。致成勒疝。其情狀後詳論之。

小腸入疝囊。較多於大腸。所入之多少不等。有長至數寸者。亦有至數尺者。

臁疝 Epiplocele 有時囊內含臁。若仍能復回。其色與組織皆不改變。若多而不能復回。則加厚而彼此相粘。致成一實瘤。有時因臁多積脂。雖無粘着之患。而疝亦不能復回。有臁面互相粘着。存積漿液而成袋者。亦有有孔。則腸由此入而被勒者。腸及臁同入疝囊。則謂腸臁疝 Entero-epiplocele.

闌有時入疝囊內。多因疝囊甚大之故。或係小兒先天疝。亦有能入左側疝者。

因闌滿被腹膜所包。並有懸膜。故浮動而易入疝囊。如腸之他段然。但有人謂有闌疝而不全被腹膜所包者。闌尾有時亦能脫入右側疝囊內。約被網粘貼而不能復回。如此之疝。則較常尤痛。捫之可覺闌尾在疝中較常畧大且痛。壓之則臍處亦覺痛。病者有時謂其疝發炎已非一次也。

膀胱有時受疝之累。及其種類有二。約皆在腴道處。（一）如疝甚大。膀胱底可被腹膜扯下。致僅一部分受腹膜之覆被。且非列在疝囊內。乃貼於其外。尿則積於膀胱之移位處。致膀胱被惹而急。且有硃礬沈下而成石。曾有將此石由腸囊割口而取出者（二）有時膀胱壁之外層成袋。則與腹膜粘着。遂被扯而入腴道。若有小疝而膀胱甚急者。可疑為此患。其袋壁乃膀胱加厚之洄膜及其下膶所成。其中未有肌絲。若施術治之。難免誤將膀胱割開。若遇此意外事。須立去其袋而縫合其孔。縫時且勿令線穿過膀胱洄膜層。倘施術時不知此意外之事。隨必有尿滲出。或流入腹膜穴。若不立行施治。難

免致命。宜復割開其口。尋其穿膀胱壁之孔而縫合之。並用引流法。卵腺或卵腺管間亦能入腴疝之囊而不復回。以手壓之。則覺疼而噁心。小兒患此較多於大人。間有在疝囊中有小物如球。此係大腸脂繸脫落而來。後因其面遮有一層血絲。遂即長大亦有變而成石者。

病狀 最顯明之狀。乃平時未凸之處。有圓或梨形之瘤。起立或咳嗽或出力時則加大。以手捫之。亦令人咳嗽。並覺有觸跳。若疝內有腸。其形圓而緊張。叩之或有空響。壓之則腸有咕嚕響而復入腹中。腸疝每能起食滯狀及疼痛。瞭疝則軟如棉。咳嗽時、觸跳不大或無。叩之有暗响。回入腹時。腸則無咕嚕響。復下時。逐漸而行。其瞭過腴道至疝囊。以至漲滿。

治法 或以疝帶治之。或割而治之。各從其類。故特將各類詳論於下。

疝之特類 SPECIAL FORMS OF HERNIA

腴疝 疝入於腴道者。名為腴疝。未出淺口者。名為腴道疝。或名不全腴疝。Bubonocele or incomplete inguinal hernia 出淺口而入陽囊者。名為陽囊疝。或名全腴疝。Scrotal or complete hernia 腹下動脈列於疝頸內或外側。其精索或展佈於疝囊。或距疝囊甚近。初期由疝之外側能捫出其骹峯。迨疝愈大則骹峯被遮。倘疝被壓向上內。其峯則易捫出。腴疝更分為二大類。（一）直腴疝。（二）斜腴疝。

斜腴疝 Oblique inguinal hernia 第三百九十一圖 該疝過腴道之全路。入深口出淺口。其腹下動脈列於

疝頸內側。過腋道時。將腹壁數層墜下。終則被其所蓋。故剖露其囊時。必先經過皮與其下連䐈。復經過(甲)腋道口柱間筋膜。其膜續腹淺斜肌遮腋道淺口(乙)提精肌腺。其肌乃續腹深斜肌(丙)精腺漏斗形筋膜。其筋膜乃起自腹橫筋膜(丁)終經腹膜下連䐈。其䐈密圍於囊。厚薄不一。在施術時。除辨識提精腺肌外。他層難以認明。

第三百九十一圖



Fig. 391 Oblique Inguinal Hernia

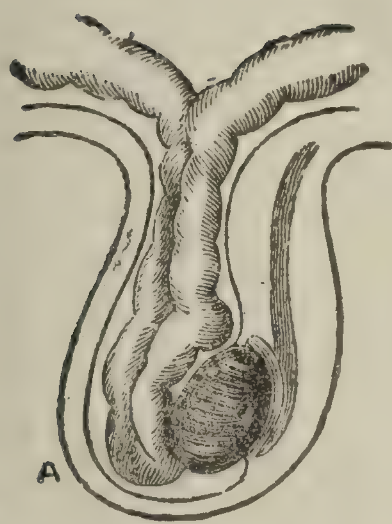
斜腋疝

斜腋疝。又分先天疝。後天疝。及嬰兒類疝。Infantile

（二）後天腋疝。Acquired inguinal hernia 第三百九十二圖 其囊只為腹內凸出之膜所成。漸大則循精索而墜入陽囊。多至精腺冠頭。若加大。則精腺被掩而列於其後面。其精索多展於囊上。若疝久。則深口被扯向下內。每居淺口之後。未經剖開。難辨其為直疝或斜疝。此類疝。初起約係梨形。可証疝囊為精索膜管上段未閉而成者也。

（三）先天腋疝。Congenital inguinal hernia 第三百九十三圖 因精索膜管未閉之故。此類疝未必顯於幼年。至發身期或因作苦工而發。因右精腺降至陽囊較左為遲。故右側受累較多於左。此類疝初起每立成全疝。亦有立成勒疝者。若精索膜管與精腺膜相通而不閉。則腸墜至精腺處。並遮精腺。此名先天精腺膜疝。Congenital vaginal hernia 見三百九十三圖A 亦有精索膜管不與精腺膜相通。只通至精

第三百九十三圖



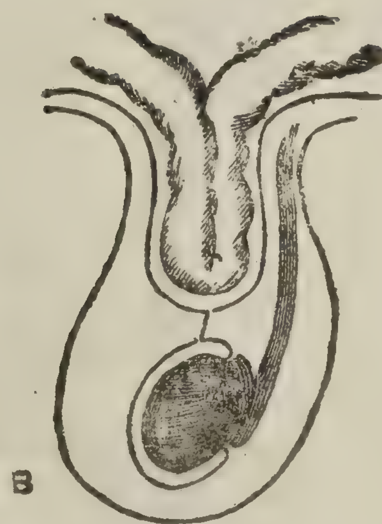


Fig. 393 Congenital Inguinal Hernia
A. Vaginal　　B. Funicular

先天腴疝

A精腺膜疝　　B精索膜疝

第三百九十二圖

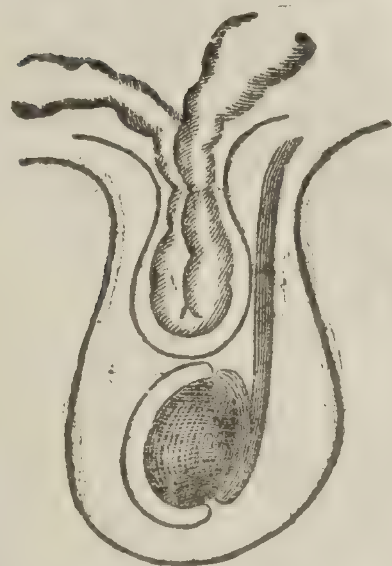


Fig. 392 (B) Acquired inguinal hernia, showing serous sac with intestine coming down to the top of the testis

後天腴疝之形可見其疝囊乃腹膜所成其中有腸

腺冠頭者。其狀有似後天疝。惟成全疝較速。此名先天精索膜疝。Congenital funicular hernia（第三百九十三圖B）凡先天疝。其精索之構造貼於疝囊上。較密於後天疝。有此患之孩童。其莖頭包皮口。多有窄狹之弊。

（三）嬰兒類疝。Infantile hernia 其精索膜管之上端雖不通於腹內。而其下端未閉。則與精腺膜通。以至腴道。其疝囊能降於精索膜管之後。或脫入精索膜之上。（第三百九十四圖ABC）除施剖術外難以斷定。若將精腺膜割開。則見此膜不與腹膜穴相通。疝之眞囊則居於其後。

直腴疝 Direct inguinal hernia 此疝不循腴道而下。乃直過淺口而出。往往係後天疝。但較斜疝尤小。且不至陽囊。其頸列於腹下動脈之內側。或該脈成拱於其上。如是疝則由腹弓紋之下端

而出。即經脥三角處。此三角處在內有腹直肌外廉。在外有腹下動脈。下有髂脥筋帶。其閉結之升

第三百九十四圖

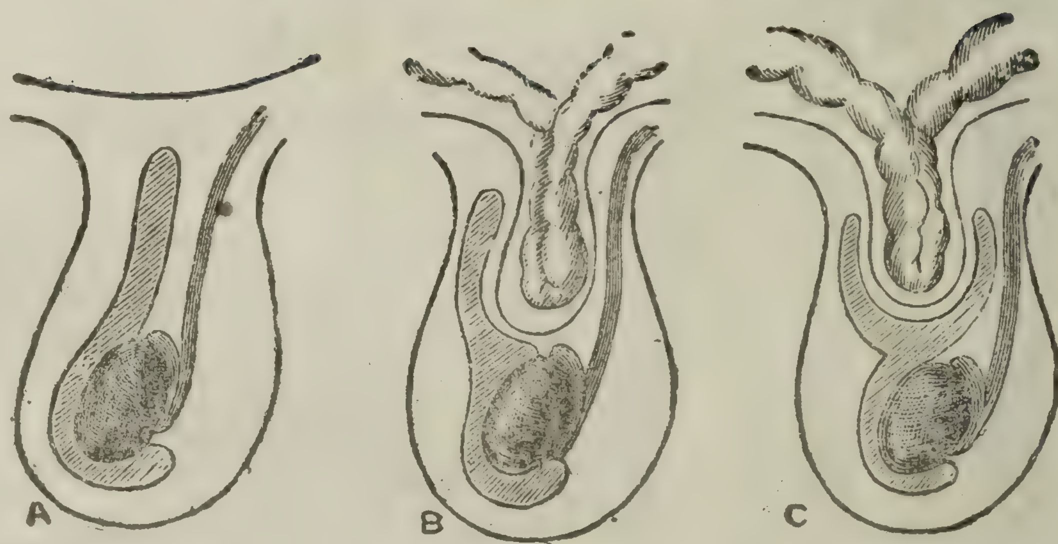


Fig. 394 Infantile Inguinal Hernia

嬰兒類疝

A. 未成疝時精腺膜之式
B. 疝囊墜下在精腺膜後
C. 疝囊擠入精腺膜

臍動脈。過三角處之中。分該處爲兩部。若疝墜於升臍動脈內側。則爲內直疝。墜於升臍動脈外側，則爲外直疝。(三百九十五圖2 3) 其精索約居於直疝之外側。而不似斜疝被精索之各件所展蓋。幼年人患直疝者少見。其囊約被若許腹下脂肭所包。且蓋直疝之各物件與斜疝同。惟提精腺肌較少耳。

腹壁間疝 Interstitial hernia 此係脥疝。惟其與腹壁之連屬異常。其類有三。(甲) 由橫筋膜與腹膜之間出者。常脫於膀胱與䯊骨關節之間。或向外脫及髂凹處。以外面不顯凸狀。故未經剖開則不能斷定。有時施疝推回術。Taxis 因祗推腸由囊淺處至囊深處。故其勒狀仍存。(乙) 由腹深淺斜肌之間出者。其腫近脥道與髂脥筋帶並行。且有腹淺斜肌之筋膜蓋之。此類疝兼有精腺晚降之弊。並因淺口閉合。其精腺及疝必行於外

第三百九十五圖

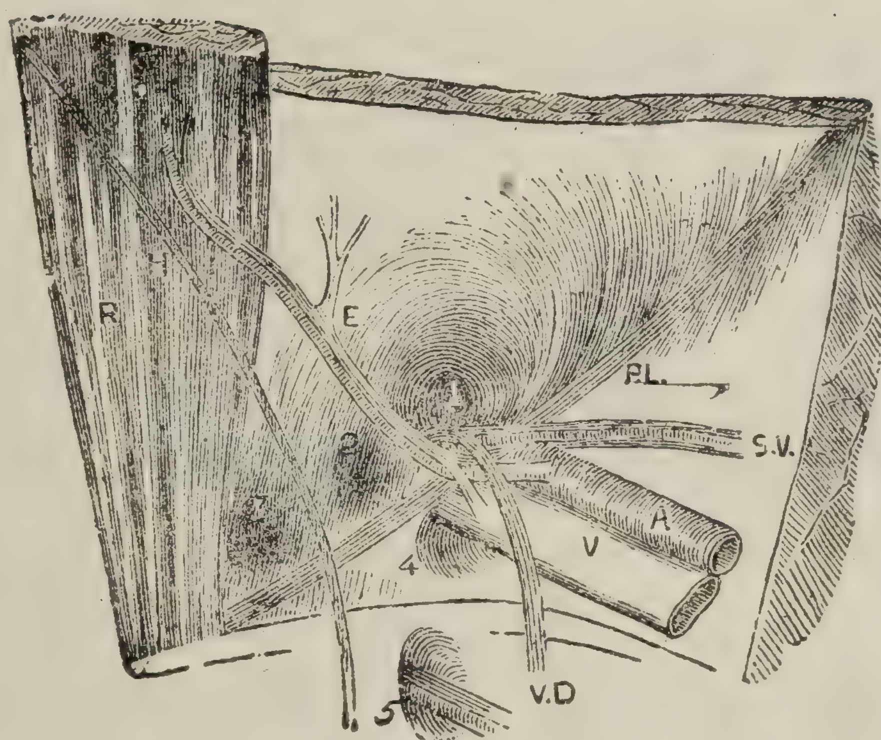


Fig. 395 Abdominal Wall from within to show Hernial Apertures

腹壁內面之疝孔

VA. 髂外動脈靜脈
SV. 精索血管
PL. 髂腴筋帶
VD. 精腺管
E. 腹下血管
R. 腹直肌
H. 萎縮之升臍動脈

1. 腴道深口
2 及 3. 內外直疝之位在腴三角處
4. 股道內口即股道疝之位
5. 盆孔及血管

斜筋膜之下。亦有者因淺口被粘着所隔。或被膫所塞。因而其囊縮成葫蘆形。而脹於塞處之上。入腹肌之間。（丙）此類疝出腴道淺口。過髂腴筋帶向外行。與股疝同。患之者約有精腺晚降及陽囊過小之弊。故疝被筋膜導至股處。此疝係先天類。不難診斷。

病徵 腴道疝普通之狀已論於前矣。此無庸更為悉述。初起在腴處圓腫。咳嗽時愈大。以指入淺口可以捫出。疝入陽囊時。上窄下闊。若係斜疝類。則與腴道平行。其精索之物件不易捫出。僅能在疝後下界捫其精腺。若係直疝類。則精索列於外側。捫之則知其由淺口凸出。腴道不顯腫狀。 在男多患腴疝，少年多患斜疝。老年多患直疝。在女。除幼女及未產婦外。罕有患此者。苟患之、多係先

天疝。由胎之腴道袋而入陰外戶。且不甚大。

診斷　患腴道疝若無加雜病。則易斷定。若日久則難辨其爲直疝或斜疝。其易誤認者。可分二大類論之。

(一)疝在腴道時所當辨明者。　(甲)精索膜𤵸袋。或名成積液袋。Encysted hydrocele 其形似球。滑而壁緊張。咳嗽稍有觸跳。能上下移動。壓之不能令其完全回入腹內。亦無腸鳴之聲。如扯定精腺。則袋不動。若係精腺膜積液。其上必有界限。　(乙)慢性痺起於腹壁或盆穴或腹穴。由淺口穿出。雖咳嗽亦觸跳。壓之有時亦能復回。惟其界限無定。其質軟。按之則有動浪。更有他病狀可爲辨症之助。而斷定其源。　(丙)腴淋巴腺增大與腹淺肌粘着。易誤認爲疝。因咳嗽時或有觸跳也。但其觸跳之勢係衝撞性。非如疝之舒張性。且以指探入腴道。並未有疝。　(丁)精腺停於腴道。此最易辨。因陽囊內一側無精腺。按之在腴道中則有精腺之特自覺。而其上端之圓形或可捫出。　(戊)有時脂膶或他膶在腴道成瘤。但其上廉有一定之界限。咳嗽時亦不似疝之觸跳。惟亦有時有皮下膶一塊居於腴道而凸出。且有時有疝囊埋於其中。　(己)精索瘀袋。乃由受傷而致。痛而有血瘀。咳嗽無觸跳。壓之不能入腹。

(二)疝在陽囊時之辨明。　辨之較易。若只於陽囊內顯有腫狀。如精腺積液。或精腺瘤等。由淺口捫查其精索即可辨清。若係陽囊靜脈痕曲。有時與膫疝相混。惟捫其精索可知。蓋靜脈痕曲臥時

則腫消無。以指塞於胅道內而令其起立。則腫復顯。善於捫查者捫之。不難區別、因瘺曲之靜脈。有似蚯蚓在袋內。膝疝則異是也。然亦有疝與精腺膜積液同發者。宜細辨之。

治法　分姑息療法。及斷根療法。

（一）姑息療法 Palliative treatment　乃束以疝帶。其帶式不一。須按人而擇其宜。最合用者如三百九十六圖。

圖六十九百三第

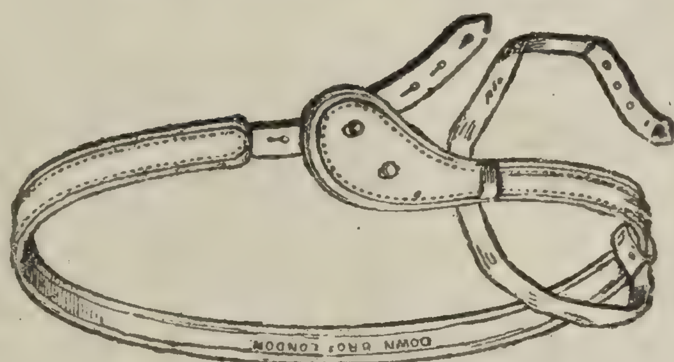


Fig. 396 Inguinal Truss

帶疝道胅

束帶時。一端宜有墊。墊疝孔。且有鋼簧令墊不移其位。在身後之段。宜置於骶中段。旁沿髂上廉與股骨大凸之間。若疝只在一側。鋼簧之一端。祇及彼側之髂前上角而止。其餘續以皮帶。將墊用鈕扣住。爲防帶上脫。又在患疝旁近髂前上角處。繫一輔帶。由臀彎過會陰。往前上扣於墊之第二鈕。　此帶之墊。形圓或長圓。有用軟鐵外包以軟木者。亦有作成橡皮袋。內貯以水或氣者。宜以皮裹之。其壓力不可過大。只防疝脫出而已。其帶之長。宜自骶中點量至胅骨關節方可合用。所用之墊。宜視疝孔之大小。若係初起之斜疝。其墊宜置於胅道。直疝宜置於胅道外口。有時必束帶至二三年始痊。若係小兒先天疝。果其母細心料理其帶。約兩年可痊。倘用至數月。任脫一次。則前功盡棄矣。

在嬰兒用一束毛線圈。(第三百九十七圖)一端剪斷。由身後纏過。將剪端穿入襻端。在腴道處作一結墊。再將剪端經過會陰。在背後纏段作結。宜早晚更換。或尤勤更換亦可。換時宜用指壓之。勿令疝脫下。

第三百九十七圖

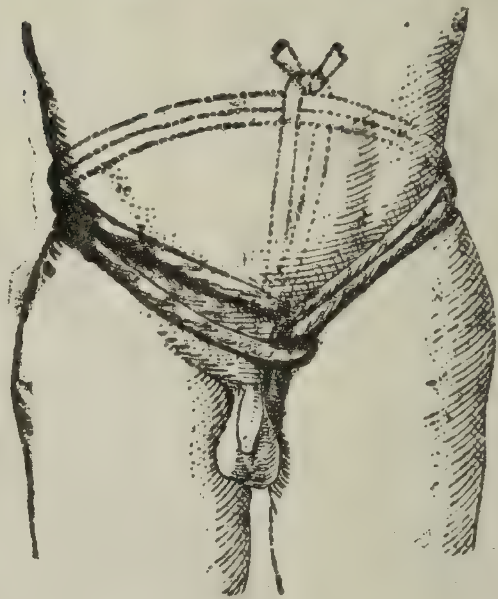


FIG. 397. WOOL TRUSS FOR TREATMENT OF LEFT INGUINAL HERNIA IN AN INFANT

毛線圈帶以治嬰兒之左腴道疝

第三百九十八圖

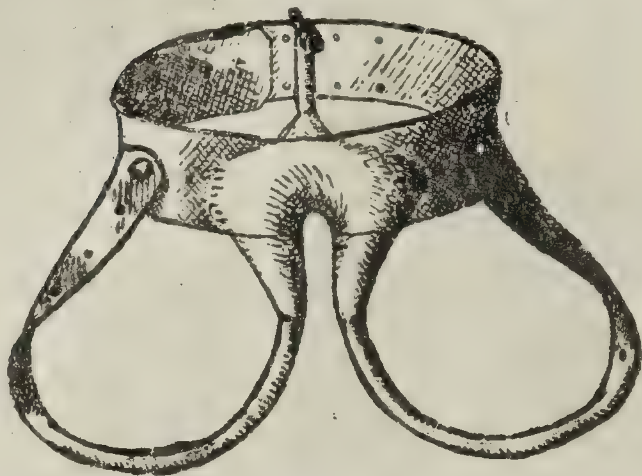


FIG. 398 INDIARUBBER BAND TRUSS WITH AIR-PADS FOR INFANTS

The air-pads fit around the root of the penis and are inflated through the tube tied up in front. The under-straps fit round the child's thighs.

嬰兒用之橡皮製雙疝帶、其墊處係一氣袋、其氣袋繞於陰莖根、由袋上之管、吹漲、其二帶則繞於腿後、

嬰兒之雙疝。可用雙疝帶。(第三百九十八圖)此帶之墊係橡皮製成。較用鐵簧墊爲暢適。於上各法外。凡使腹內之壓力加大者宜除去。若有包皮口狹窄之患。宜以手術治之。若大便秘結。亦宜調理之。

斷根療法 Radical cure 近來多用此法以治腴道疝。若擇其宜割、且精於技術及後療法。則甚完全。結局甚佳。死數亦少。曾有人調查施此手術治之者七千四百十九人。死者僅萬分之四十八。(0.48%)因此類手術。非係外此別無他法。只爲療法中之一最佳者。故外科士欲用此法。必先酌其宜而後行之。若少用力之人。及用疝帶易於制止者。其割

與否任其自便。但勸其受割亦爲當然。蓋既受割術。則不必用疝帶。且無疝勒之虞。若係作苦工之人。常冒用力之險。且無力購換新帶。苟非大有妨碍。總以施割爲宜。其妨碍如下。（甲）先天腹壁鬆弱者。（乙）腹壁弛緩者。如老年腸懸膜降下致腹壁凸垂（丙）凡有碍於手術之全體病。（丁）疝大且許久未能復回者。若一旦納入。則致腹內壓力過大。以致又生疝。此類疝之手術。結局不佳。倘欲施手術。宜先節其飲食。時時施疝推回術 Taxis 使漸減小。施手術最宜之時。乃在童年。年愈長其結局愈不佳。在小兒必用疝帶一年。若不見效。即可施手術。若待小兒三歲後割之最妙。否則恐傷口之敷料被尿所染也。

第三百九十九圖

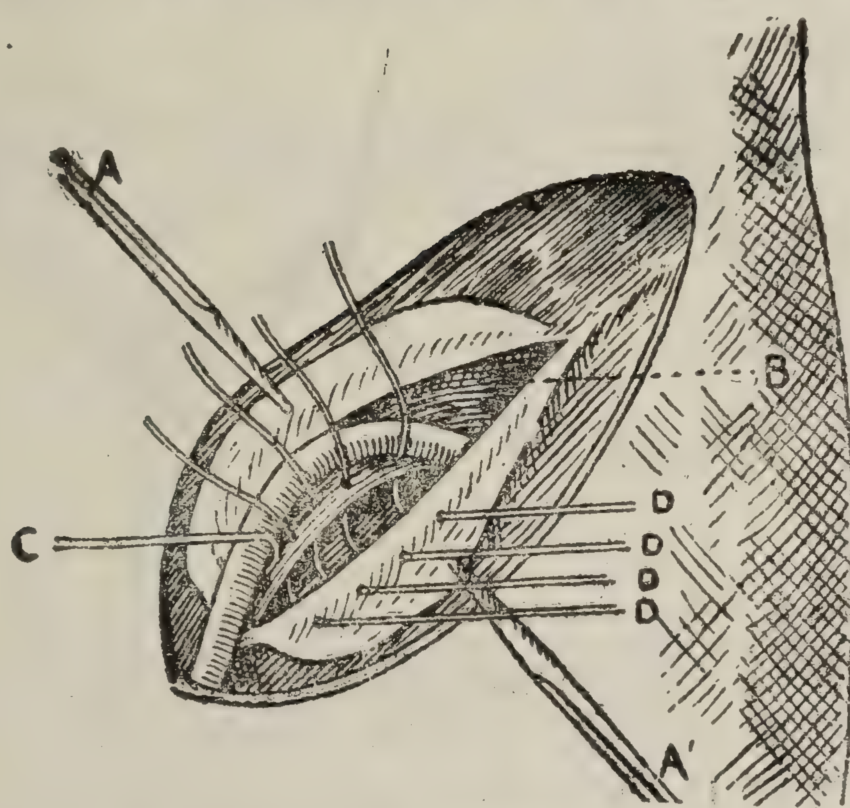


FIG. 399 BASSINI'S OPERATION FOR RADICAL CURE OF HERNIA

巴辛尼氏治疝斷根手術

A. 鑷拑開腹淺斜肌筋膜

B. 腹深斜肌弓形絲續於胅合腱

C. 鈎扯開精索

D. 絲線由精索後在內穿胅合腱在外穿髂胅筋帶

此圖之割口特意過大以表示各物之排列

斷根割術甚多。而其式不一。最佳常用而有效者。乃巴辛尼氏法 Bassini's operation 此法分六級。列

下。(一)薙淨脥處之毛。沿脥道與精索並行作割口。長約二寸半。(63 mm)其中點宜在淺口上少許。剖皮及下連膶。至精索。將脥道口柱露明。向上循精索再剖淺斜肌腱。(二)尋覓疝囊。若係久患。或有膫或腸在其內。則辨之更易。若新成者。囊壁則薄。其內無物。則難以分清。有時宜將精索扯出傷口。而尋囊底。有色白似弓形者即囊底也(三)若囊空。則解剖精索之連膶至深口處。既見其週圍之脂膶。則得囊頸矣。若疝不能復回。宜將囊剖開。分離其粘着。令腸回入腹內。若膫脫入囊內。無論其有無粘着。宜盡割去。因多與腹壁相粘易致後患割時不可以一線合縛。恐所縫之塊不易復回。且恐大血管未經縛妥。或其塊成袋。遂致後日有內勒疝之虞。宜將其分成數條。每條合有大血管。若所縛之處不平。則膫塊較易復回。縛畢視其無有流血之處。即在縛綫之下剪去其餘塊。隨將膫根復回。如此其囊即空。再使囊與圍膶分離。直至深口。(四)以針穿過囊頸。愈高愈佳。以絲線縛之。後在線下割除囊之下部。囊則上縮而入深口。其內面則平向腸。(五)爲縫合腹穴。須用三四線由內側穿過腹深斜肌之弓絲及腹橫肌或脥合腱。至外側則又穿過髂脥筋帶。如此則線居於精索之後。欲成此工。宜用鈎將精索扯於內側。第三百九十九圖C又用二鑷將淺斜肌之筋膜展開。第三百九十九圖AA輕輕將下鑷下扯。則髂脥筋帶即露出。其縫線必宜深入膶。惟不宜穿透淺斜肌之筋膜。且勿忘針穿過髂脥筋帶時。髂處之血管甚近。用間斷縫術或連續縫術皆可。但用連續縫術。其結不可過緊。以免所縫之膶被勒而成疔。如此腹穴之口宜縫合直至脥骨峯。但在上端宜留足容精索經過之一空。否則

精索被勒。致精腺消枯也。有時在精索上另縫一線。以免疝復發之弊。三四線既穿過而結緊。則將精索覆於其上。隨將淺斜肌亦覆而縫之。（六）用連續縫術縫合其皮。約不必用引流管。

後療法 令病者臥於牀。膝下以墊托之畧屈。若不染穢。逾七八日傷口約可痊癒。則宜換藥料。撤去縫線。 病者小便時。須轉向傷之對側。更須加意不可將敷料被尿所汚。有時施此術後。致尿積閉。則須以放尿筒放之。施此手術於小兒。可用顯露的後療法。第一百九十八頁 須逾三星期始可起牀。再閱三星期祗可作輕力事。必自施手術後六閱月。始可作重力事。如此治之。不必用疝帶。因疝帶能壓新長之瘢胴消瘦也。若係先天腹壁虛弱者。或割後生膿令深縫線脫出。可用輕疝帶以托之。

先天疝之治法。與上無異。但須將疝囊之中段割去。留下段而縛其口。以閉精腺膜穴。有時施此術甚難。因疝囊與精索緊粘。不易辨明疝囊之頸。而使與隣胴相離。

另有割法。亦宜論之。（甲）班克氏手術 Banks' operation 先將疝囊與隣處分離。在腴道深口處去之。但勿割開腹淺斜肌。縫時令線由合腱而入。則可經精索前面以穿髂腴筋帶及腹淺斜肌而結之。如此爲之。腴道深口則不如巴新尼氏法緊閉。但施於患先天疝之輕者則足矣。 （乙）馬克猶恩氏法。Macewen's method 依此法不割開腹淺斜肌筋膜。祗由淺口而察明腴道。並令疝囊與周圍之胴相離。將距深口一寸之圍胴均如此放鬆。又以絲線縛囊底。且用彎針令線由上向下穿過囊中。再由下往上穿過囊頸。此後將針由腴道經過鬆腹壁之後。在腴道畧上穿出。如扯緊此線。

則囊摺向上而成墊。以塞腴道之深口。助手則持妥此線。醫士將線作一二圓玦形。縫合腴道。俾髂腴筋帶居於腹淺斜肌弓絲之前。終則結穩繫囊之線。且用其餘端縫閉腴道之淺口。此法之結局甚佳。然較巴辛尼之法畧難。並因未割開腴道。不能察明精索諸物是否如常。有時腴道內有腹膜下網所成之脂瘤。若依此法治之。恐瘤仍存於腴道內。致疝復行脫出。（丙）哈勒司忒氏法 Halsted's method 亦如巴辛尼氏法。割開腴道。且將提精腺肌循絲割開。即沿精索之上廉。以便露明疝囊及增大之靜脈等而去之。腹深斜肌之下廉既露明。則以褥縫術將提精腺肌縫於該肌之深面。後將該肌及腴合腱遮於精索之前。而縫於髂腴筋帶之深面。終將腹淺斜肌所割之片相疊而縫之。如此縫之。若深處縫線過緊。則可循腹直肌之絲割一口。俾其弛緩。依此法治之。其結局亦甚佳。（丁）近來余嘗屢用一法。與上甚似。其結局亦最佳。此法亦將腴道割開。割去疝囊。其縛囊之線必儘高處結之爲佳。隨剖開

第四百圖

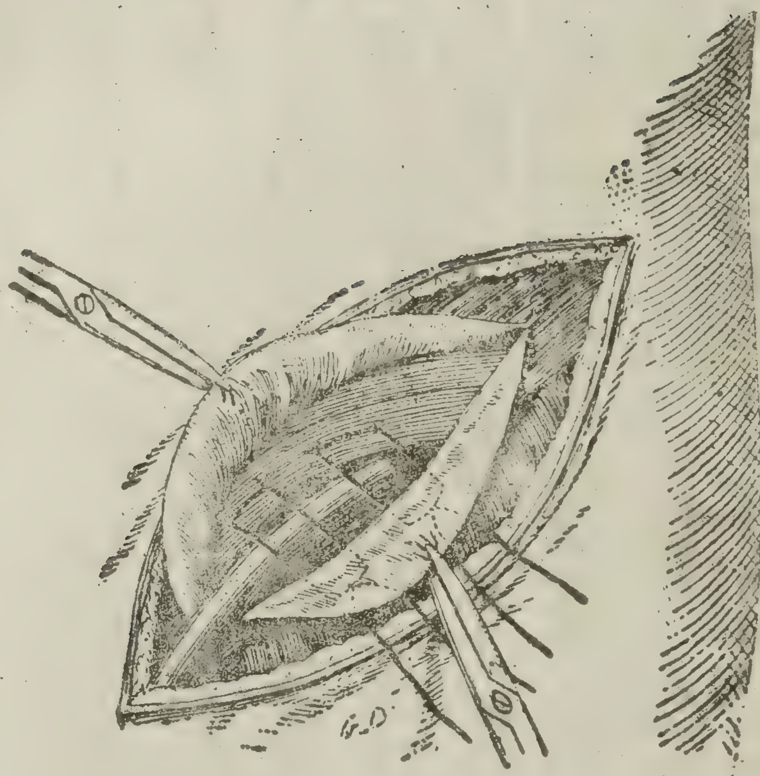


FIG. 400 OPERATION FOR INGUINAL HERNIA (CARLESS)

卡氏治腴疝手術

先割開腴道、疝囊即易去盡、精索及提精腺肌則壓回、又用褥縫法合腹深斜肌及橫肌與髂腴筋帶相貼、其線在髂腴筋帶外作結、後將腹淺斜肌彼此相疊而縫之、

腹淺斜肌而全行扯開。以露明其腹深斜肌。又用褥縫術穿腹深斜肌及橫肌。或直肌鞘之邊。將線經過精索之前面。在髂陜筋帶外面作結。(第四百圖)如此爲之。則其肌在陜道之前成一堅固之壁。約用一二線足矣。隨將淺斜肌之下或外部份。疊於褥縫術之上而縫之。再將該肌之內部份疊於其外部份上而縫於髂陜筋帶。筋膜之深層亦用線細縫之。終則縫合外口。大約不至生膿而痛。若生膿則所縫之線易於撤去。因線結在髂陜筋帶之外側。不似巴辛尼氏及哈勒司忒氏法。其線在髂陜筋帶之內側而不易去也。以上諸法。有時繼起精腺冠炎。及精腺膜積液之後患。

直陜疝之治法。有時與上畧異。因此類疝。常起於老年人。多有用雙疝帶以免施手術者。但亦有可施術者。惟其結局不如斜陜疝之佳。(甲)因患者係老年人。大約有慢性肥胖之患。或兼咳嗽。或小便費力。(乙)因最弱之處係陜道末段。非在陜道上段。故腹深口正居腹淺斜肌口之後。此類疝最佳者移其精索離位。使之在深口旁側穿過深斜肌。隨將陜道盡行縫閉。

疝施術後復發　疝之復發。在昔常見。今則鮮矣。若遇割疝之國手。百人中只有九或十人復發。若一年內不復發。以後復發者更少。其復發之故。有因本症不適於手術者。亦有因手術不善。或施術後起牀太早。及用力過度所致者。故施手術時不可不加意。使疝囊與圍腑分離。否則囊所縛之端成漏斗形。而疝復發。手術後生膿。亦可令疝復發。如深縫未脫。雖生膿亦無大害。倘線已脫。病者宜束一輕疝帶。數月之久。以免復發。亦有因疝囊內之物(如腸𦚾等是也)回居腹中時。令腹穴之壓力增大。

故疝易復發。因此如有多膫居於疝囊內。施術時宜盡去之。不可復置入腹穴。 亦有因疝口之鄰筋膶。穿針時裂開。或因緊縛線時。將筋膶撕離。致疝復發者。故昔為斜疝。復發而成直疝者多因此故也。」若施術後有復發之狀。病者宜用疝帶以免後患。若已成疝。宜再施術為妙。但須先察明腹壁之强弱。而後施術。

股疝 Femoral hernia 股疝係從股道而下。由股孔而露出。女子多患之。因其髂上廉畧寬。致髂陝筋帶下之孔較大。經產之婦更易患之。惟在分娩時。陝道畧被遮護。故陝道疝罕有因此故而起者。年幼而生股疝者。男較多於女。

第四百零一圖

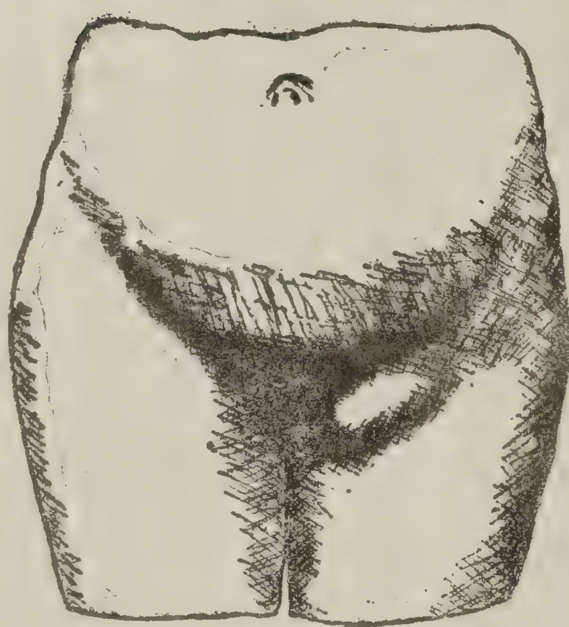


FIG. 401 FEMORAL HERNIA

股疝

股道乃股鞘內側之一件。平常此處有脂膶、淋巴管、及一淋巴腺居之。其前壁長有一寸四分之三。(19.05 mm)後壁長一寸半。(38 mm)上端有腹膜下膶增厚而閉之。下端係股孔。有筋膜閉之。故股疝降時。則得以下之數膶為衣。(甲)腹膜。(乙)腹膜下膶。即股道內口膜 其間有一層厚脂膶。(丙)股鞘前壁。(丁)股孔筋膜。(戊)皮下膶。(己)皮。」疝經過股道時。則居股靜脈之內側。如壓此靜脈。則令下肢瘀腫。疝之內側有陝筋帶。上內側有精索或子宮繩。圓筋帶 但較疝畧淺。外有腹下動脈、距疝頸不遠。有時盆孔動脈由此而

起。七人之中有二人如此 更有時居疝頸內側。循腴筋帶之邊。七十五人中有一人如此 但此盆孔動脈、大約居於股靜脈與疝頸之間。 疝既由股孔而出。則循髂腴筋帶而向髂上前角。因被淺筋膜之深層所引也。若疝之大者。則至髂腴筋帶之上。股疝較腴疝罕有脫入腴內。惟腸下段每能脫入。有時卵腺及卵腺管亦能脫於其內。

股疝之徵 其狀顯而易見。多爲球形之物。居於股內面。咳時則觸跳。壓之則減小。囊頸之外側有股血管。於其內面可捫有腴骨峯。此類疝平常不難辨明。

診斷。 (甲) 腴疝之頸居於疝道。在股孔則無物。且腴疝居腴骨峯之上內。其出腹處、居髂腴筋帶上。後則降至陽囊或陰戶。股疝則不然。多係二十五歲下之婦女患之 腴道如常。但股道有疝頸居於腴骨峯外、與髂腴筋帶下。且股疝向上外而行。陰戶不受其累。 (乙) 股孔如有增大之淋巴腺遮之。則與股疝之狀畧似。但咳時無觸跳。故可辨明。若其中有膫而不能復回。則觸跳狀畧少。體胖者非施手術難以辨明。 (丙) 若有小脂瘤於股道中。此與股疝最相似。但其界限較疝尤淸。且瘤亦易動。咳時並無觸跳狀。故可與疝辨別之。 (丁) 腰股肌瘇 Psoas abscess 若在股孔凸出。此恐誤認爲疝。因以手壓之。則能變小。咳時有觸動而漲。但瘇壓回時無腸鳴。且居於血管外側。或居於血管之後。惟疝則居於血管內側。若以指按於股孔。瘇之浪動能通至髂凹。兼有脊骨瘰之特狀。 (戊) 腓內靜脈若於股孔處痕曲而成袋形。恐誤認爲股疝。因咳時其觸跳力易於捫出。且病者仰臥凸形則散。並

下肢他處之靜脈兼有寖曲之形。若寖曲消散。而壓股道之上端。使病者站立。則寖曲漸復如故其觸跳狀亦與疝有異。以指捫之。可覺血流過指之下。疝則不然。

治法 其小而能復回者。可用疝帶治之。其帶與腴疝帶相似。惟其壓墊較下耳。苟用不適宜之疝帶。能令下肢痳腫。

手術 有因疝勒始施術者。亦有欲斷根而施術者。以上所論治腴疝之理。大約於治股疝亦有關

第四百零二圖



FIG. 402—DIAGRAM OF THE RADICAL CURE FOR FEMORAL HERNIA

The position of the femoral vein and artery is indicated, and the internal saphena vein passes up through the saphenous ring to join the former. The spermatic cord is seen above, and the situation of the suture to close the crural canal.

此圖表明股疝斷根療法

於此可見股靜脈及動脈、其髀內靜脈入股孔與股靜脈連合、有縫閉股管之線脚在內側、其上爲精索由股道而出、

係。　治此疝之最要者。乃令股道前後二壁相貼。若欲成功。須將髂腴筋帶內端縫於腴骨之橫支。或遮橫支之網。循股道豎割一口。第四百零一圖露明疝囊。又將遮股道之脂網去之。（有時此脂網甚多）以令疝之內物入腹。再縛囊頸將囊割去。或以囊爲墊。塞股道之上孔亦可。後設法以塞股道之深孔。其法有三。述之於下。（一）用線穿髂腴筋帶之內端。又穿過貼近腴骨橫支之肌絲而縫緊。第四百零二圖以

此法治之。則足用於閉股道。但用針穿肌絲。須貼近骨而穿之。不獨穿腴股肌之鞘。（二）亦有醫士喜用馬蹄形之釘以壓閉股道。其釘之二端則插入腴骨之橫支。但此法不佳。因後日其釘能鬆。且恐傷股靜脈。（三）又有一法。用錐在腴骨橫支由下鑽二孔。後以線穿髂腴筋帶、及此孔。令髂腴筋帶與骨相貼。

臍疝 Umbilical hernia　此分三種。述之於下。

（一）**先天臍疝**　此症罕見。多因腹壁舒長不全而致。故嬰兒生時。臍帶之根有穴。且其中有腸。接生者若粗心。恐縛臍帶時並縛其腸。致令腸勒而死。或成糞漏之患。若不立時治之。恐臍帶脫時。腹膜穴則裂開。隨即患腹膜炎而亡。只須於嬰兒初生時將腹壁割開。令腸復回。再將腹壁縫好。

（二）**嬰兒臍疝**　又名凸臍。多因臍瘢虛弱而受腹內壓力所致。如大便常結。或包皮狹窄。致大小便費力過大。皆能起此患。此症大約不至成丁時即自痊瘉。　治法理其大便。若有包皮狹窄者。須施手術。亦可用貼膏貼其腹壁。令臍瘢陷入。若仍無效。則將臍囊割開而去之。後縫閉其口。其法詳後。此類之口多係橫形。故可豎縫之。令兩邊相齊。

（三）**大人臍疝**　大約因腸或大膫自腹白紋脫出。有在臍上者。亦有在臍下者。臍上者較多於臍下。產婦多患之。有因腹直肌相離而致。亦有因白紋破而起。　此疝之囊。有腹膜爲衣。但疝久者。此衣最薄、且與圍膶緊貼。故難辨識。有時疝之內物粘着而不分離。如此者頗易起腸塞之患。若兼有

次急性炎。或致成勒。遮疝之皮緊張而薄。或致潰爛、或致穿破。有時此疝分葉。且囊面有一層厚脂包之。

治法　人胖疝大者。須兜以袋帶。節制飲食。調養身體。以減其胖。若視其適宜手術者則施之。在疝之兩旁將皮揑起。豎割一口。（如此可免傷皮下之腸）隨開疝囊。若口太小。須開大之。將其內物移置一旁。俾腹壁孔顯露。即將腸納回而割去其大臊。後令囊鄰膶離開疝所出之孔。大約孔小而形圓。其邊堅厚。於是挨近孔將囊割去。盡縛其流血之處。再按下法縫閉疝孔。即用數條線。除皮之外。穿過腹壁之諸層。由此邊入則橫過至彼邊而出。既按問斷縫術縫合腹膜。然後將先穿之線結緊。如此能令疝之圓孔縫合。終則縫合皮之割口。若疝大者。宜用引流管爲妙。　依此法治臍疝之小者。尚可望痊。苟遇大疝。恐不足以成功。若人體胖疝大。而不能復回者。則宜用他法治之。（一）割口宜循疝之一側而開。有時因臊與疝孔緊粘。甚難令其相離。（二）大都見腹直肌前層之鞘。佈於疝囊之面而混合。宜將繞囊頸之筋膶割開。直至腹膜下膶露明。再用線穿過此孔縫合之。（第四百零三圖）又剪去所餘之囊。更縛住流血之處。（三）後將左右之腹直肌露明而鬆其邊並其後面俾肌及鞘彼此相合而遮疝囊之頸。如此爲之。約須上下大開割口。始能令直肌相齊。因患此病者其直肌已離位而向外側。則用蠶線縫合其邊亦可。更因腹皮多而鬆。可割去其餘。祗存其能遮住肌者足矣。若體胖者。或須多去其腹壁之脂。

第四百零三圖

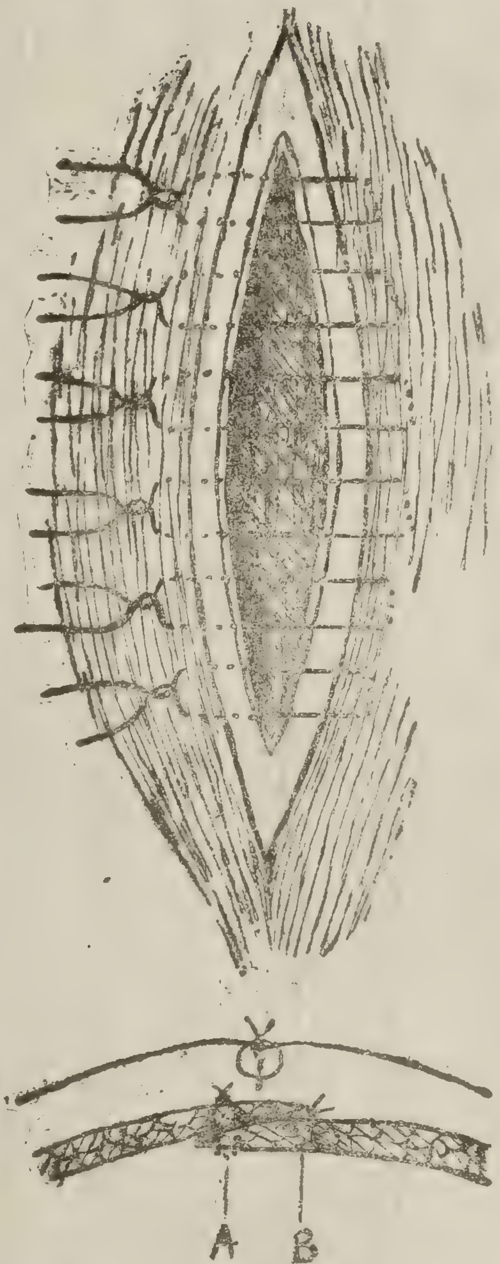


FIG. 403 OPERATION FOR UMBILICAL HERNIA

此術甚難。不可輕易。若能小心爲之。其結局亦甚佳。施術後病者宜用腹帶束之。且不可早令腹壁用力。

腹疝 Ventral hernia　除上所論。若腹壁之他處有凸形。皆謂之腹疝。共有數類。

(一) 多因腹白紋或弓紋有先天或後天之孔。腹膜下脂由此孔而出。橫紋與白紋或弓紋交連之處。更易成孔。此疝生於臍上者較多於臍下。若此處之脂膶加多。則成一瘤。與脂瘤相似。(名曰白紋脂疝) 久腹膜隨此脂膶由孔凸出而成眞疝。(腴道及股處亦能生此類脂瘤) 患此類疝者。常有嘔吐腹痛等狀。行動時其狀即顯。因腹膜被扯。或因疝囊頸被孔之利邊所勒也。　治法。將所凸之膶剪去。又用線縛其蒂。但加意勿勒內臟於蒂內。後置蒂於腹內。用線深縫之。以封閉疝孔。

(三) 施剖腹術後。若瘢痕不堅。或傷口生膿。而深縫線弸脫。或因腹有瘻。而插流管之孔未閉。皆爲腹疝之所由起也。　治法。治此類疝。須將有痕迹之皮及其下之筋膶剖開。又重修腹壁傷口之邊。後用線深縫之。若能將傷口相疊。用褥縫術縫合。較二邊相對縫之爲佳。若多剖鬆該處之膶使之

相離。雖其口甚大。亦可按此法治瘉。然亦有其口甚大不能用此法治瘉者。宜用銀線羅 Silaer filigree 平置腹膜下膶而蓋於孔面。方能收效。所用銀線羅須先加意滅盡其穢。此羅可作一恆久之保障以防其疝復脫。

(三) 經產之婦其腹白紋展寬。而直肌則大都相離。臥時若令其頭及肩抬起而不用肘自扶。則白紋凸起成豎排之寬脊。因直肌既已相離。致腸失其所附。而有胃滯及不舒之狀。若用腹帶堅縛之畧效。但以手術治之更佳。 治法。將白紋由上至下剖開。(若畧向右側剖之亦可) 又令直肌及白紋與皮下膶分離。後將右直肌置於左直肌之下。用褥縫術縫此片於左弓紋。再縫左邊於右弓紋。若有餘之脂膶及皮可割去。終則縫閉割口。如此治之。腹壁則如複層之式。其結局甚佳。

腰疝 Lumbar hernia 此患罕見。係內臟由舉脊肌旁而出。(即腰廣肌與淺斜肌之間又名腰三角處) 多因施腎割術後該處生膿。致深縫線脫落而成此疝。其狀與他處之疝相似。若細心察之。可辨明與腰痺不同。 治法與治腹疝同。

膈疝 Diaphragmatic hernia 生前罕能認此患。但若被勒。或可辨明。此患多由先天因膈肌舒長不全而致。左較多於右。亦有因損傷而致者。如膈受刺傷而橫膈或胃則凸入胸穴等。此疝大約未有腹膜作囊。 大約此疝無法可治。曾有由損傷起者。醫士由胸壁至胸穴縫膈孔而得瘉。

盆孔疝 Obturator hernia 乃腸由盆孔上部份脫出。大都為老婦所患。除疝被勒外。生前少有能

認此病者。若辨明之。多因腸有急性塞狀。而醫者剖腹治時則得見也。　患此疝而腸被勒者。不但顯有腸塞狀。且在闊肌起處畧凸而硬。其膝關節之內面、因盆孔腦經被壓、致亦覺痛。若由肛或陰道察之。或能辨明是此患否。　治法。多至疝勒時始行施治。在股三角處內側割一口。又割斷䀹股肌或移開。既見疝囊。則割開。又向上割之。俾勒處鬆弛。其血管大約居疝囊頸下若因腸塞施剖腹術時。得見此患。則依股勒疝之治法治之。

疝異常之情形　ABNORMAL CONDITIONS OF HERNIA

不回疝　Irreducible hernia　此多因囊與其內物粘連成一大塊。不能通過腹孔之故。此患屢因囊頸縮窄。如被不合式之疝帶所壓。或因疝內物常墜下而致。亦有因入囊之膫脂加多。或因生袋而不復回者。該處之病狀明而易見。兼有胃滯、腹痛、疝常脫等狀。

治法　(一)　間時施以有力之疝推回術。或可有效。未壓時須令病者臥於床上。又用冰袋敷其患處。以助其縮小。胖者亦須調理飲食。　疝最大者。未用此等治法之先。勿施割術。因最大之疝。忽令其復入腹穴。則能阻心之功用。以致無救。　(二)　又有一法。即用兜疝之袋帶。此袋內有彈力發條。能壓疝向上。此二法雖漸能令疝復回。然除治最大疝之外則不甚妙。　(三)　人壯而其疝不甚大。不如以手術治之。因施術時。疝內之膫及其粘着皆能去盡也。　(四)　有數類最劇之疝。祗可用彈

力袋兜之而已。

發炎疝 Inflamed hernia 此因腹膜之一處發炎、而累及疝囊及其內物也。其炎有由損傷而起者。亦有因疝推回術不善而致者。更有因疝帶之壓不合宜而發者。患處腫、燒、作痛。捫之其痛尤甚。且疝皮盈血而紅。全身發熱。鬱悶不舒。惡心作嘔。大便秘結。 此患與疝勒畧似。但疝勒不發熱。疝囊更顯緊張。且有腦力猝衰之狀。若嘔吐、則所吐者含糞。疝炎則不然。疝炎時不易復回。此因痛甚之故。非因有阻礙也。有血漿滲出而集於囊之潤面。約令其粘貼。若囊內獨有膿。而無他物。發炎後可自瘉。臍疝更能如此而得瘉。

治法 須令病者安臥。祗食液體物。敷熱濕布於患處。又服鴉片一小劑以止痛。且用注射肛法使肛空虛。若病狀不散。則施割術治之爲妙。以免成勒疝。

阻疝 Obstructed hernia 此係腸於疝囊內畧塞、而糞不能行過也。受阻患者。臍疝較他種疝爲多。故惟有大腸受累。 多因未消化之食或糞積於腸內。繼而腐壞生氣。其患則加重。於是惡心、或嘔吐。但鮮有吐糞者。大便大約乾燥。有時降胴之糞已出而仍有虛恭。疝不復回、且漸漲。但其漲不如勒疝之硬。以手捫之。則覺囊內有物一塊。有似麵團。以指壓之則凹下。病者自言捫之雖不覺痛。但腸則間時痠痛。若不令疝復回則能發炎而成勒疝。或致人死。

治法 須多用灌洗肛法。又將冰囊敷於疝上。後細心施推回術。令囊內之物前行。 阻物既除後。

則服瀉藥。

勒疝 STRANGULATED HERNIA

此係疝囊之物受勒。而血管之血不能運行也。不獨因糞不能行過以致如此。亦有因膜塞囊孔而致者。或因腸壁之一處被勒致膛狹窄而成爲鋭忒氏疝。Richter's hernia 第四百零四圖 又因腸有枝囊。而此囊被勒致成李忒氏疝。Littre's hernia

夫勒疝總分爲二類。（一）腹內者。詳於三十七章。（二）腹外者。論於下。

腹外勒疝 External strangulated hernia 其原因有二。（甲）疝初成時則被勒。此等疝小兒及少年者多患之。約由先天而起。且其囊長而窄。（乙）疝久者。人偶然出力。恐致疝物加多。且因囊頸會被疝帶所壓。致增厚而窄小。　囊內物偶然加多者。則顯急性狀。因疝孔漸窄小者。則顯次急性狀。　疝勒處大約由囊頸而起。或由頸外之密膶所致。然亦有由他處起者。其故則多緣囊壁加厚也。股疝及臍疝受勒。多因疝外膶所致。如腠筋帶腹白紋等 亦有因腸之一蟠經囊內甚緊之粘着膶下。或穿入囊內膜之一孔。以致被勒。　疝初出而被勒者。多因繞囊孔之腹壁膶尙緊之故。

病體 受勒之輕重。視勒處緊鬆而定。初起時血循環未盡停止。靜脈先受壓。隨則疝之鄰膶有液侵入而腫。致動脈之血停止。故受勒之膶盈血後。缺動脈血之滋養。穉則乘機而入。令膶變死。或先

發炎與否無定。 腸被勒之段始而其色深紅。繼則變紫。此因盈血之故也。其壁因被液侵入則厚而硬且緊張。因有氣積於腸內。亦因腸不蠕動之故耳。其內物皆變壞。腸潤滑之面初未改變。但至液久積於疝囊之內。而內膚脥則脫落矣。間或腸之淺毛細管破裂而成瘀。亦有因施疝推回術不善。致盈血之血管破裂。而血流入囊內成爲血塊者。腸則鬆弛而色灰黃。然此事罕見。 若腸被勒不久。即使之復原。其色則恢復甚速。不然則發炎。而其面變澁。即失其光滑。因有一層血絲遮其上面也。至終腸則成疔。因無血運過其壁。又因胴稽及他稽由腸而侵入壁。且稽孳生時則發毒質。此質亦爲助其成疔之由。疔既成。腸有數處則變成灰或黑色。漸延蔓至腸皆受累。而其光滑之形全失。終則臭壞。且易潰爛。股疝及臍疝。較他等疝更易成疔。大約疝勒後二三日始起疔。但亦有未至二十四小時即成疔者。其初生之小疝。較日久之大疝更易成疔患。 在腸受勒之處。其血全無。易於潰爛或破裂。然因囊頸與鄰腑相貼。腹膜穴或不受其染。勒處之上其

圖四百零四



FIG. 404 STRANGULATED INGUINAL HERNIA.

疝脥之勒受

腸則癱。而蠕動亦停止。糞亦積多而壞。致卡他耳性腸炎。或成瘍。間或穿破。致腹膜亦發炎。但腹外勒疝。約因受累者係小腸。而其中無乾糞。故少見腹膜炎之患。若慢性勒疝。約因糞積多。並胴桿稑發作。亦能令腸成[疒斥]。　有時勒處下因腸之蠕動停止。亦可畧有成[疒斥]之患。膫若被勒。先則盈血而紅或紫。久則被淋巴所侵。致粘成一塊。若囊內無腸。且膫與囊壁相粘者。則膫不至死。因血循粘着胴以養之。疝可因此而自瘉。不然膫則成[疒斥]。亦變灰或櫻色而爛。但非受腐稑及腸內物所染、則無惡臭。　受勒之疝囊。約積液而漲。初起係漿液性。亦或帶血。後則混濁不清。終則色變深櫻或黃綠。且甚惡臭。亦有囊因血管受勒甚緊。而不積液者。如此、則早成[疒斥]。被勒之初期。囊之漿液膜不甚受累。迨後因囊物發炎更甚。且稑之作用加增。其膜則壞而成[疒斥]。隨則皮及其鄰胴皆受累而水腫。終則潰爛而成假肛門。　疝被勒而已開放。雖未至成[疒斥]。其危險亦不輕。因腸壁之血暫停運行。稑則乘機而入。致令其發炎。蓋血管壁欠血而受害。或令其成[疒斥]。因腸壁無抵稑之力也。

病狀　疝勒之狀明而易見。故判定不難。全身狀大約與急性腸塞狀無異。即病者用力時忽覺甚痛。其痛先發於疝處。或反至臍處。且腦力猝衰而發暈。脉搏慢弱。體溫較低。皮發冷汗。腦力猝衰。不久後則嘔吐。所嘔者初似胃中積食。繼則色如胆汁。終則與糞無異。嘔吐時則痛加甚。致令全腹均受累而脹。捫之痛甚。叩之有鼓響。因痛及嘔。飲食不進。及腸生之毒素入血等故。則體力漸衰。大概

大便秘結。但在腸被勒之下段。或仍能出其糞與氣。 在將成㾐時。則溫度降而痛止。脈搏速弱而間歇。面立形消瘦。週身出冷汗。至終常因呃逆而死。其死之故。大約因血中毒。或因起急佈性腹膜炎。

患處之狀。 疝處驟然腫大。疝不能復回。捫之甚為緊張而痛。咳時則不觸跳。若累及小腸者。其疝圓而硬。累及大臁者。畧軟似麵塊。既成㾐。則囊內之緊張見鬆。而痛亦止。遮疝之皮色變深紅而腫。至終㾐狀則顯。皮色變黑而軟。按之或有時有氣積於皮下。此時病者若不死。則㾐腡脫而自成假肛門。或醫者施術使成人工肛門。 間有病者其狀較以上畧輕者。然其腸已成㾐。 若腸壁有一處獨被勒。名銳忒氏疝。第四百零五圖

第四百零五圖

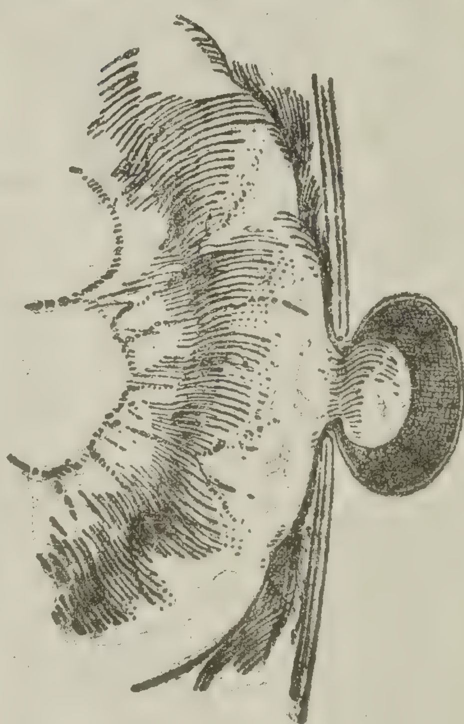


FIG. 405 RICHTER'S HERNIA

銳忒氏疝

其初期之病狀。較腸之一蟠全勒者畧輕。但後來甚重。受此等勒者。股疝最多。若腸周之小半獨受勒。初起腸不全塞。故氣與糞可流行無阻。但腸周之大半被勒。腸則糾搭或癱。而全塞此等之勒。其嘔吐畧輕於他等之勒。且罕有吐糞者。如此者其疝雖小。但硬而甚痛。因其甚難辨別。故易誤認為他症。其結局亦不佳。多因腸破而累及腹膜發炎。或施術時腸誤受傷而致人死。患此等勒疝者。百人中死者有六十二人。患他勒疝者。百人中死者祇有三十五人。一千八百九十二年至九十七年。

倫敦皇家大學之醫院中治勒疝者。百人中死者祇有十七人。　疝囊內獨有膝者。則罕受勒。其狀不甚易辨明。若於平常患疝之處見有一軟瘤作痛。捫之亦痛。且其所吐之物含有胆汁。大便亦顯秘結。因此可知爲膝獨勒。若腸不糾纏。病狀則不甚急。且不至有吐糞之危。但患日久。腸之蠕動則停。而腸必塞。或起佈性腹膜炎。雖受勒之膝不至臭壞。然有時鄰近之腸被扯。而其血不能運行如常。故胴桿稚經腸壁而入囊。致其起染性炎。

治法　分二類。即疝推回術及割術是也。

疝推回術 Taxis　令疝復回時。須小心輕手爲之。因所勒之腸已盈血。最易破裂。先令病者躺臥於床。頭枕起。大腿略屈。俾腹肌緩弛。用左手握穩疝底壓之。令血管之血散開。則疝縮小。又用右手指令近疝頸之段先復回。以手將疝推回。須循疝道。腴疝須向上外後壓。股疝須先向下內壓。以使疝入股道。終則壓向上後。若先將股屈而略轉向內。股孔則放大。而疝復回更易。臍疝須獨向後壓。以手推回受勒之疝。雖有時可用。然須小心。因昔曾有不善施此法者。致有腸破壞。或懸膜被撕之事。邇來以手術治者較多。其效亦甚佳。因以此法治之。外科士可明見所勒之腸如何。不致誤將死壞之腸復入腹內。　疝甚大而受勒者。或受勒之狀不急。則須先以推術。試其能否復回。年老而患糖尿。或胎尿等症者。更宜試以推術。　若所勒之疝小而緊張。其狀忽起而急。或股疝及病狀早現者。不可用推術復回。若疝勒時已久。或有嘔糞之狀。更不可施推術。　疝初勒。及勒狀略輕。或疝昔

日受勒。未施手術而自痛者。皆可用熱濕布敷患處半點鐘。後用冰敷之。終則疝或自行退回或施推術復回因熱能令繞疝頸之腘弛緩。而冰能令血管縮小故疝復回略易。

施疝推回術後勒狀不消 Persistence of symptoms after apparently successful taxis

有時醫士復回疝後勒狀不見消退。（即痛嘔大便秘結等狀）其故不一。且難以辨明。試述數故於下。（一）腸之勒段放後成染性疔而累及腹膜發炎或血中毒。（二）受勒之處生瘍而破裂。（三）病狀非由推回之疝而起。乃因腹內他處被勒。（四）有時非囊頸勒其腸而囊所含之臁有一孔。腸穿此孔而被勒。疝復入腹時。其受勒之腸未曾得解。故勒狀不散。（五）若疝囊上段有扭結。醫者可將囊下段所含之腸壓入囊上段。然其受勒之處未經解開。故勒狀猶存。亦有於久疝施推回術。致腸扭結而腸則癱或被勒者。（六）有時疝囊有枝囊或袋。或囊成重瓠形。致將囊下段之物推入上段被勒之狀仍存。（七）有時疝囊及其所含之物。俱壓入腹壁下。或腹肌之間。此因醫者用力過度所致。然勒處未解散。如此者雖疝逐漸消散。然無復回之特聲。亦有疝囊破裂。而腸及受勒之疝頸。皆被壓向上者。若係腴道者。見其病狀未退。且以指探入腴道孔則覺其孔較大於常。內有一圓瘤。則知其疝並未回入腹內也。在股道處有時亦然。但少見之。亦有似已復回者。然未幾仍復脫下。

若以推術復回勒疝。而勒狀猶在。須謹慎加意察明其故。如復疝後病者仍吐。須察其所吐之物。及吐之次數。有受迷蒙藥後吐者。然所吐之物不似糞。且其狀略輕。若病者仍吐。而有一處常痛。且大

便有血或粘液雜於中。諒因腸復回後發炎所致。此外必以指細察患處。或有能捫之瘤否。若勒疝之據仍未察出。則須察平常出疝之諸孔。如仍未得實據。則宜割開所疑受勒之處而覓之。若此仍未得見疝囊。則無他法。須剖腹查其腸之他處受累否。若已割開陜道。而未見有疝囊。則向上外割長其口。以察腹內。　若割於股疝處未見疝患。則割口不宜開長。以免割斷髂陜筋帶。更妙另於腹中線割一口。　臍疝則將囊與腹穴之通孔割大。即足於察視也。

勒疝之割療法　若知腸已被勒。則治以此法。愈早愈妙。萬不可延遲。若躭延一小時。恐其結局不佳。　其法先潔淨患處。用水射肛洗出其糞。若病者甚吐。以水洗胃亦可。　施迷蒙藥。不可不小心。病劇者用局部痲木法。或用脊腦痲木術更妙。　割一合宜之口。露明疝囊。大都囊緊張而易認。須先將囊四周之膶分離。然後精心割開。因囊所含之液多少不定。居於囊腸之間。故開囊時宜慎。勿傷其腸。囊內液既已放出。醫者宜細察腸或膫被何物所勒。即以疝刀斷之。（此刀形彎其頭鈍其刄之長祗有一寸四分之三）　若無此刀。則用平常鈍頭彎刀亦可。割時以食指將腸壓向一邊。以免受傷。又將刀平入狹窄處。再仰其刄而割斷。畧割二三處。較妙於深割一處。狹窄處既割斷。宜謹慎將腸扯下。視其受勒處如何。以定其應否復入腹內。如見勒處已成疥。則可用其他治法。若有所疑。可待片時用溫鹽液洗滌腸面。如其紫色漸紅。即可知其血運行。有時雖窄狹處割斷。腸色仍不變。或有數處完好。有數點成疥。如此者須依成疥之腸治之。若囊內僅有膫一

小塊。則可復於腹內。然盈血或已居囊甚久者。去之爲妙。其去法前已論之。既察腸之情形如何。則依下法治之。

(一) 若腸雖盈血而無疳形或破處。則令其入腹內無害。然有不易者。因有多液滲於其壁。致壁堅硬之故。若此者宜用指久壓。使液略散。則腸庶可復回。凡用手壓腸。宜輕輕爲之。因腸受勒時。其壁較弱於常。

(二) 若腸已勒甚緊。而有成疳之狀。宜立時割除受累之段。須離勒處略遠割之則妙。再將上下兩端依前所論之法接合之。但若疑腸未全壞。即可大割窄狹之處。將腸輕輕置於腹內。又用大引流管置於該處。即腸已炎而癱。不能移其位。故不必用線將腸縫定。再服鴉片一小劑。如此雖腸成疳或破。其內物乃有出路。且因此處發炎而與腹膜成粘着。則穢物不染腹膜穴。若腸成糞瘺。他日或自閉而痊。

(三) 臨施術時既見腸成疳。則全割去其受累之段。並於腸受累之上下數寸處割之。且上段須多去。使與患處遠離。所割之兩端可依法接合。如病未久。以此法治之大效。腸立即復其功用。且液及廢物由腸而出。而不至中疳腸之毒。有時患此病者求醫過遲。故醫者不能按此法治之。祇須開腸成一人工肛門而已。最要者必須使狹窄處之下與上段流通。然勿解鬆疝頸之粘着膶。以免腹穴受染。若用指插入腸上。糞或隨指而出。不然須以鑷由內令腸張開。插大引流管於內。如此不足。

即於窄狹處由外割斷。插以保羅氏筒。或大引流管。凡所壞之腸亦必割除。如此爲之。疝勒之處則成人工肛門。如糞不立時由此而出。則難望其效。割口勿庸縫閉。宜用一層護物遮之。最宜之護物。即油綢油紙等。其中作一孔。以便糞由此而出。又以蘇絨一厚層爲收糞之用。以上二法。難定其何者爲妙。因作人工肛門者。多半就醫過遲。大抵近來所用接腸法。甚可望其見效。　勒疝所含之物。既以上法治之。然尤須施斷根術。以免疝復受勒。

後療法　割勒疝後。病者宜靜臥。二十小時不可用食。若甚口渴。則用冰或熱水少許解之。若患處不痛。不必服鴉片。以免使腸更癱。但痛甚者。則用莫非少許注射皮下。越一日病者可食流質食物。其病狀若漸好。則不必服瀉藥。然至五六日無大便。宜服蓖麻油一劑。

加雜病　施手術後。有數雜病或可發生。(一)嘔吐。此乃因迷蒙藥所致。所吐之物不似糞。且用水洗出胃內之物。或注射莫非於皮下。嘔吐即止。(二)腸久癱。致大便秘結。若非因腸炎起者。可服瀉藥。或用松香油射肛劑。(三)有時腸受勒段或勒處上發急性炎。如此患處則痛。大便下泗。或多致瀉。或病者仍嘔吐。須服鉍藥和哥羅顛。Chlorodyne 而禁固體食物。(四)雖解勒時腸似無病。然因腸壁已受染。故復回腹內則成染性[疒斤]及累腹膜發炎而死。(五)有腹膜起急膿性炎者因腸受勒之處潰瘍而破。如此者甚危。須立時開腹。覓受累之處。如得之則割去。再接續割去之處。若不用此術。須將壞腸縫於割口。並開其腸而置引流管以出其廢物。(六)若腹膜之一處獨發炎。此處之腹

膜則成粘着。而防膿炎穿於腹穴之他處。但炎處之腸有時潰破。故須早設法放膿。但後約有糞漏之憂。各種勒疝詳細之狀。不克縷述。現祗取其最要而常見者詳論之。

勒陝疝 Strangulated inguinal hernia 多於囊頸近陝道淺口受累。大約因此處之腡變密所致。病狀多半明而易見。但若有未降之精腺於陝道發炎。每易誤認爲勒疝。其不同處。係嘔吐略輕。大便不結。並無精腺居於陽囊。捫其陝道所腫之處。其痛似壓精腺然。若二者同時而發。非割開患處則不能確辨。精索扭轉而腺受勒。其狀與疝勒相似。然因大便不結。且所吐之物不似糞。即可辨別之。

疝症日久者。係直疝與斜疝難以辨定。故臨割斷窄狹處時。須循竪徑割向上。則可免傷腹下動脈。若依近來之割法。將腹外斜肌之筋膜露明而割斷。則受勒之處易解。而腸亦可復回。然復回之先。宜割開疝囊。以察腸好否。

勒股疝 Strangulated femoral hernia 腸入囊而勒者。較多於臏勒。腸半勒之患。或名鋭忒氏疝即非腸之全周受累者 非多見於此處。近股孔有一處腫大而痛。捫之則知此處緊張。此患與淋巴腺炎。或腿內靜脈炎。難以辨明。若囊內惟有臏。則更難辨定。然若細察病之來歷及其狀。大約足以辨定。窄狹處多半居陝筋帶處。故醫者割時須直向內始能將此帶割斷。輕割二三處。較勝於大割一處。因盆孔動脈有時循此經過。故重割之恐此動脈受傷也。若用疝刀於此處而血流甚多者。則知此盆孔動脈受

傷也。故須先將疝復回。後則開大割口。尋其動脈之兩端而縛之。若寬而不見。則用壓法以止其血。若勒處甚緊。難容引針過腴筋帶與腸之間。則須由外割斷窄狹處。

勒股疝成疛。較腴疝者多三倍。股疝居百分之二十　腴疝居百分之六　若能施腸割取術治之。宜在盆廉上開腹而割斷勒處。再將此段腸由傷口取出。以去其壞段。復接其好端。更須加意勿染腸之他蟠。此術不能由腴股處之口施之。因腸懸膜太短也。　股處若患一小銳忒氏疝。醫者初或不識。而以為急性腸塞至開腹治之。則始辨明。如是者。勿用力將腸扯出。免腸破裂。致糞流入腹穴。須先割至疝處。再開其囊。斷其窄狹之處。且由外壓內扯。謹慎解疝之勒。隨察腸之情形壞否。　此等勒疝。多須用保羅筒引廢物流出。日後施腸割取術助之。

勒疝之後患

（一）假肛門 Artificial anus　此因施手術後。腸及蓋腸之皮潰爛所致。或因外科士療治時作成。(人工肛門)如開疝囊時誤開其腸。或因腸已成疛而被割去。或腸將成疛仍留而不割。致後潰爛等。隨則周圍之胴漸瘉。但糞不由天然之路而行。乃有人工肛門而出　此因腸膛之洄膜摺成一橫列之棱隔。而阻糞入腸之下段也。其成棱隔之故。一因腸之糾搭。一因腹內之壓力。將該腸內壁壓向前。　假肛門之果效。視其腸之何段受累而異。若肛門成於小腸中段或下段。病者則速衰憊而瘦。因腸內養身之物尚未被唻。即行流出也。　繞人工肛門之皮。大約生癩。此係被糞之激惹而致。治法見九百三十八頁。

（二）糞漏 Fecal fistula　有時疝勒已放於勒處或勒處之上下發炎而破。即成糞漏之患。在下段者。係糞瘍 Stercoral ulcer 所致。其破漏之處。雖在腹膜穴內。然未必成為佈性腹膜炎。因繞該處生有粘性質。阻糞延佈於腹穴內也。由是糞即循一彎曲

之路至傷口而出。此狀約越數日方顯。有時其瘺漸成瘢胭自行縮閉。故醫士必俟自閉之望已絕。始行施治。若糞瘺仍存。可用激性藥液注射於瘺內激之。但最多者。必施手術而縫合之。或割去受累之段。用線縫合之。

（三）**腸狹窄** Stenosis 有時於腸被勒之處。歷數星期。或數月。則顯狹窄之患。

CHAPTER XXXVII

第三十七章　腸塞 又名 腸不通

INTESTINAL OBSTRUCTION

腸塞　此係糞阻於腸內而不能行動也。若因腸被勒或糾搭而致者。則常有似成疝之狀。因腸欠血養故也。腸塞最顯之狀列下。

（一）**糞留積**　糞停於腸內七八日之久。除略中糞毒外。則與病者無害。是以不通之烈狀。不獨因糞停於腸內。然其關係匪輕。因糞久存於腸內。糞即因稚之作用變壞而成流質。並因腸壁盈血而多出液。若腸未全塞。糞則化爲液。能經塞處瀉出。而人可以暫安。全塞則不然。乃有多廢物積於塞處之上。致人大中其毒而死。且糞變壞時。則多生氣。使腹發脹。　凡罹此患者。每有腹脹狀。若腸懸（系）膜大受累。此狀更顯。曾有人用畜試驗。証明此狀係由腦經受壓所致。

（二）**腸蠕動加增**　意在壓腸內之物經塞處。故有痰痛。有時蠕動之壓力太甚。致腸脹過度。發炎而破。遂起穿性腹膜炎所死。

（三）**嘔吐**　此爲常有者。初起獨吐胃物。後則兼吐胆或糞。其原因尚未查悉。有謂其係腸反蠕動而起。亦有謂其係腸平常之蠕動。令腸物重壓於塞處。致其反流而起。然塞處若在胴下段。豈能使糞反流耶。此則難以解明。　無論吐由何來。腦經部皆大有關係。故膫或腸被勒所起之吐狀。均由腦經反應而致。因小兒及婦女之腦經部易於受激。更易顯此狀。小腸受累。則嘔吐尤甚。凡加腸蠕

動者。亦令嘔狀加重。

（四）**腦經狀** 腸受累之蟠癱。而他處亦顯有病狀。急性塞者。則顯腦力猝衰。越片時即過。亦有其後顯血中毒而腦力脫失者。若有激反應之嘔吐及呃逆。是爲不佳之兆。而呃逆之兆更險。至終期。腹膜炎及腸癱之狀更爲顯然。

（五）**染狀** 遲早毒穢攻腸壁。此因腸壁癱且無血育。故腸不能敵其穢也。是以腸勒時。最易成急染性疖。若腸塞而血育功未欠。則穢鮮能作害。惟一小處潰或破而已。急染性疖者。腸壁則有烈毒素速中周身。以致人甚衰弱。

（六）**死** 除施割術而痊少有自能復原者。有因腹膜炎腸破而死者。亦有因中糞毒。或因常疼、重吐、失育、惘欠水等、致力衰而死者。

原因 腸塞發起之故甚多。近來查驗謂有八十種。但此處特論其二大類。 即屬力的原因及屬物體的原因。

（一）**屬力的原因** Dynamic causes 此因腸壁癱或痙攣。以阻糞前行也。腸壁癱者。（甲）由於急染性炎。如腹膜膿炎。或闌尾炎等。（乙）由於腹內之臟扭轉。如脾或膵或卵腺瘤等。（丙）由於膵血管被漂團所塞。以致腸死。（丁）累及脊腦或周圍腦經之患。如瘤壓腸懸膜根是也。亦有因慢性中鉛毒而腸痙攣以致腸塞者。

(二) **屬物體的原因** Mechanical causes　此類最多。(甲)由腸被膶帶所勒。或懸膜有孔。而腸穿之。(乙)腸糾搭於帶上。致腸膛閉而血運止。(丙)腸自轉而扭結。(丁)腸自摺入。致成褪疊。(戊)腸膛被外物或糞所塞。(己)腸因病而成瘢。或生疽則變窄。或被腸外之瘤所壓而阻糞前行。然有一分類之法。較前更便。即將病狀相同者而分其類。以下即按此法分三種論之。(一)急性塞。(二)慢性塞。(三)腸褪疊是也。

急性腸塞 ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

試將其要因列下。(一)膶帶勒者。(二)腸扭結。(三)外物所塞。(四)腸糾搭於帶而被勒。此不多見(五)急性腸褪疊。(六)慢性塞、終成急性者。(七)急染性炎致腸局部癱。如急膿性闌尾炎是也。(八)急性腸痙攣。此數患。惟前五者所致之腸塞。均兼欠血之害。故腸有破潰之危。此為腸塞之急狀也。

全身之病狀　腸塞之狀。皆與疝勒相似。病者偶覺肚痛似痰。猶如臍處發痛。隨用力時而起。亦有躺時無故而發者。兼有腦力脫失、脈弱、面白、出冷汗、體溫較低。隨則腦力或漸為復原。但其痛仍存。或加重或減輕。終則常疼。隨即吐嘔。先係胃物。後含胆。終係糞。腹生氣而脹。其輕重及多寡。視患居於何處而異。週身顯衰敗之狀。脈弱速而細。體溫較低於常。但腹膜發炎體溫則升數度　面容有似臨終之象。腹脹而痛。若不施法救治。則病日重。七八日之內。則人衰敗而亡。或因腸穿性腹膜炎而

死。有自起至終並虛恭亦不能出者。若有糞在塞處之下。縱能屙出。醫者慎勿以此爲嘉兆。而誤判症之結局。

特種腸塞 Special forms of acute obstruction　分論於左。

（一）胴帶等物致勒者 By bands or adhesions　（甲）由腹膜粘着成帶之處。多因慢性單處腹膜炎而致。其式不一。其處無定。有細似繩者。有寬似膜者。又有單一或多數者。最多者係腸懸膜彼此粘着而成。或腸懸膜炎粘着內臟而致。如闌、或闌尾、或懸膜淋巴腺炎、及單處腹膜炎。無論何故而起。右髂凹及盆受累者最多。腸受勒之法有二。即腸穿於胴帶玦下而不能復回。或胴帶頗長。而腸蟠套於其內而被勒（見第四百零六圖）（乙）臍縫與腹壁或內臟粘着。先似寬膜。後因常受拉則成索帶。此等帶較腹膜炎所致者粗大。其勒腸法與前同。惟胴帶玦勒者爲最多見。（丙）若腸下段枝囊 Meckel's diverticulum 之浮端。粘貼於腹壁或內臟。亦能起勒腸之害。最多係連於髂處之腸懸膜或臍處。有時該枝囊成筋索浮於腹中。後粘於他胴成帶。腸穿其下而受勒。（丁）闌尾臍縫輸卵管皆能與他處成粘着。有似弧或蟠形。而作勒腸之機。（戊）腹膜有罅或袋或孔處。無論其異常否。皆能爲勒腸之機。凡外疝及所謂爲腹內疝。均能起腸塞之害。如內

第四百零六圖



FIG. 4(6. STRANGULATION BY BAND.

腸爲帶所勒

臟入臍小囊內。或入首腸之凹。或居腹膜後凹等是也。亦有大臍及腸懸膜有罅或孔。無論其係先天或由損傷或施割術時致者。皆為腸塞之機。

病狀。此種腸塞。青年較多於老年。四十歲以上患之者甚罕。凡腹內腸塞之患。此種塞居四分之一。小腸下段之末二尺受累。較多於他處。　起患之前。有時腹膜曾炎。然人不理或不記。病之勒狀驟然而起。初時腹鬆。捫之不甚痛。但至三四日腹膜發炎時。捫之則痛。　捫其腹大約不覺其內有瘤。亦不顯腸脹及蠕動之狀。　有時一處略腫。捫之略痛。可指勒處何在。　大概病者患至五七日。則力衰敗。或因中腹膜炎之毒而亡。

(二) 腸扭結 Volvulus　此患常致大腸起急性塞。夫扭結者。乃腸懸膜根扭轉。阻腸內之物前行。後則阻血運行。致腸受勒。　有時腸之彼蟠與此蟠相扭。致起此患。最多起於曲胴。然闌(胴頭)及小腸。間亦有之。若胴懸膜較長而窄。則易得此患。　此患之起有由於先天致者。但慢性大便結。而腸因此被牽下。更能作此害之由。　曲胴滿糞而垂於盆內。將胴懸膜扯長。使曲胴之二端相近。致略阻糞前行。若此時腸動異常。恐胴懸膜轉。而腸成扭結。不久則曲胴發炎而成粘着。血管被壓。致血不運。使腸將成⿸疒斥。且腸內之糞壞而生氣。益增其害。

病狀　腸扭結在四十歲以下者少見之。男較多於女。其先必有慢性大便結之患。但其急狀乃驟然而至。　每覺痛。其痛時止時發。終則常痛。捫曲胴處亦痛。惟其痛、吐、腦力猝衰等狀。較腸勒者略

輕。其腹因生氣而愈脹。甚至阻胸之功。而難以呼吸。亦間有肛急之狀。常有腹膜之單處發炎。或炎及全膜。患此病無自瘉者。多有至五六日腦力脫失。難以呼吸而死。或再延數日。因腹膜發炎而亡。

(三) 異物塞腸 Impacted foreign bodies 其種有三。(一)膽石。(二)嚥物。(三)膽石。

胆石 惟有大者能塞腸。約因胆囊潰破。致石進入首腸之內也。多塞於下腸之下段。 患此病者。五十餘歲之婦人最多。此則或先祇有胆囊炎之病歷。然無胆石痹。 此等人間時發作腸略塞之患。但服瀉劑即暫瘉。 若胆石未出。終則病者驟然作痛。腦力略脫失。大吐。經二十四至三十小時。則所吐之物變似水糞。 塞處有時未全閉。故糞或氣亦能出。 腹雖柔軟。然胆石及受累之腸不能捫出。 其病狀之輕重。視腸何處受累而異。塞處愈近於腸上段則愈烈。人多因腹膜炎。或腦力耗竭而死。

腸石 約近闌(胴頭)處塞腸。其狀與大胆石塞腸相似。未塞之先。其腸屢有痹痛。若人體瘦。捫腹或可得其石。

(四) 急性腸塞。乃因腸之一蟠橫亘於張緊之粘着膶上。使蟠之兩端受壓而塞。致血不能運行。其初即顯急狀。但有自瘉者。 腸驟然糾搭。亦能顯急狀。此因粘着收縮。或因枝袋被扯而致。

(五) 腸褶疊。(見後一千零三十七頁)

(六) 慢性塞變成急性塞 其時止時發之痛變爲常痛。而吐更甚。所吐之物變爲水糞。大便全塞。

腹大脹。終因急性腹膜炎、或血中毒、力耗竭、則死。

（七）有時兼有急單處性腸炎。或腹膜炎。如闌尾炎。致腸癱而塞。有時塞狀甚急。且吐糞。然醫者若細問病之來歷。則能辨明塞腸之故。　左圖乃表明腸因勒而急塞與急性闌尾炎及腹膜炎致腸塞之別。大約腸癱所致之塞。由腹膜炎或他患所起。故炎狀先顯。而塞狀隨至。若卵腺袋瘤之蒂扭結。病者則先覺疼。後則瘤漸大。捫之則痛更甚。　若不止之。則腹膜隨即發炎。久之則腸癱。而急性塞狀顯矣。此時雖除去病根。終難奏效。

	腸因勒而急塞	闌尾急炎致腸塞
初起	驟然起	起之先患處或疼痛
寒戰	無	時或有之
體溫	先低於常至腹膜炎則升	先升高至力衰或中毒則降
疼痛	極烈臍處痛覺甚	極烈右髂處覺甚
捫痛	腹膜末炎則無	初程即顯於闌處漸漸延寬
嘔吐	早顯且急所吐之物速變糞形	不甚急吐物除末程外罕爲糞
腹壁	腹膜末炎則柔軟	自初起即勁硬

（八）急性腸痙攣　此係功用之患。常見於腦部不穩之人。即腸之一段或數段有痙攣之狀。多見

於闌腸或曲腡處。若係急性類。其狀與急性腸塞或腹膜炎同。但多見者係慢性類。且常有大便結。有時闌尾顯有捫疼。曾有誤認爲闌尾炎而割去者。但終不見效。最妙者用解抽藥。如蓖茄類。用瀉藥無甚大益。

急性腸塞之診斷與察法。詳論於第一千零四十頁。

腸塞之治法　除**剖腹**外。無他善法。腸之情形。與勒疝同。雖有以服藥等法而獲痊者。但多半因用此等法躭延不割。更增此病之危險。且因躭延過久。尤增剖腹之險。故剖之愈早愈妙。　割術預備之時。先用水射肛。以祛塞下之物。又令病者口含冰。並服鴉片一小劑。以減其痛。　施此割術之要義有二。(一)除盡脹腸內之物。(二)除其塞因。　若腸開通而腸上段內之物未除。亦無甚大益。因腹雖不脹而腸內之腐物仍存。其毒則被𠻳而血中其毒矣。有云凡因腸塞而施割術者。若不除盡脹腸之內物。則不爲完全之療法。故有者先於脹腸作一人工肛門。以放腸內之物。迨後則覓塞處治之。無論用何療法。因此病而死者。其數甚多。倘塞處不易尋得。須先作一人工肛門而放腸內之物。其效較大於僅尋塞處而治之也。

病甚急而病者之腹脹亦甚烈且吐糞者。此時若施迷蒙藥。其險甚大。因吐糞時呼吸易停、以致人死。故用單處痲木術。或用脊腦痲木術較善。並在臍下白紋處割一小口。先見之腸蟠。以指取出。以紗布護其腹穴。再用大套針放出腸內之氣及糞。於是開大其腸口。用保羅氏流筒插於內。以線縫

穩於腹壁。令糞漸漸自出。 施術之先。或當時。宜用溫水洗淨其胃。病徵急者。先洗淨其胃。然後施以迷蒙藥。令病者仰臥。頭低於胃。免胃內之流質湧出。以致氣閉而死。此事常有 在臍下白紋處開腹。覓腸之塞處。先於易成疝之地。視有塞否。隨即捫右髂凹。視胴頭脹否。如脹。則知塞處在其下。如塌陷。則知塞處在其上。 若塞在胴頭之下。則查其曲胴。如塌陷。即循胴向脾曲而查之。 若胴頭塌陷。則將小腸輕輕取出。逐一察之。隨察隨送入腹內。察時。必須以熱布蓋未察之腸。如此為之。遲早必尋見其塞處。即依其情形治之。 若腸過脹、不便細察。可先用套針放腸內之氣。脹即消退。然後依法覓塞處。有時以套針刺二三處。放氣及糞。放畢。以線縫其針孔。若臍或腹膜有粘着膶如帶。先以線縛妥。再從中剪斷。 若闌尾有病。或下腸有枝囊。均須割去。腸扭結者。多不易解。因腸與腹膜粘着也。若係大腸。宜將扭處取出腹外。作一人工肛門。 外物塞者。將外物擠於上或下。至無病之處。在正對懸膜之腸壁開一口取之。再以連界氏 Lembert's 縫術縫合其口。小腸扭結或成疥者。須將疥段割去。再將兩好截相接。然最要者。乃先去腸內之糞。俟腸內空虛。然後施以接術。

慢性腸塞 CHRONIC INTESTINAL OBSTRUCTION

原因 其因甚多。按解剖學可分三類。列下。(一)腸內之情形。如糞及外物等是 (二)腸壁有病。如腸變窄、或生

瘤、或鄰胴有疽與腸粘着、或懸膜、淋巴腺有瘰致腸扭結等、

（三）腸外之瘤、及粘着胴、使腸受壓。

凡慢性腸塞之因。糞積及疽長二者居多。

病狀 病者大便結。日久加甚。或結瀉輪流。因糞積而壞。激惹粘膜發炎之故。間有時現甚急之狀。即疼痛、腸痠、嘔吐。且大便堅澀。因不消化之食物及糞成塊而塞其腸。或粘膜之摺橫列於腸膛內如門。以助其腸塞。 腹即脹。腸之蠕動可由腹外面見之。過片時若腹自瀉。或因藥瀉其病狀即退。

第四百零七圖



FIG. 407 DIAGRAM TO INDICATE THE USUAL SITES OF FAECAL IMPACTION VIZ. THE CAECUM, TRANSVERSE COLON, AND SIGMOID

糞塞腸之常處即胴頭橫胴曲胴

若屢如此。迨後則增重。致力耗竭而死。或腸破而腹膜炎。如不設法治之。力耗竭即無救。 慢性腸塞。其嘔吐之狀。較急性者爲輕。但至末期。病極烈之時。恐其吐糞。 腹脹多少不定。叩之有空響。塞在何處。該處即凸於外。若塞於闌門扇上。其凸即在腹中。若塞於肛。或胴下段。其凸即在腹之兩邊。若病者體瘦。腸蟠之凸形及蠕動。可見於腹面。 若係順性狹窄所致之塞。則不能捫有腫瘤。若由惡瘤起者。而腹又不甚脹。其瘤或可捫之。

糞塞腸 Faecal Impaction 此惟中年婦女有慢性大便結者多患之。起病之處。多在闌及曲胴。亦或在橫胴。見第四百零七圖 以指捫之。覺有軟瘤如麵。或硬如石。其面凸凹不平。且因此處發炎。故捫之

覺痛。因腸壁之毒吸收入血。故體溫較高。且或寒戰。　急性病狀未顯之先。身體日久不爽。厭食、呼氣臭惡。舌穢。以指由肛察之。有堅硬之糞。其他原因所致慢性腸塞。（如腸狹窄）之特狀。前已論之。

辨症　雖不難於辨認。然其確故則不易查明。宜按後述之察法詳察之。或能定其塞處及其故矣。

治法　因慢性塞之故不易辨明。故治之殊難。但僅可以辨其塞處在小腸或在大腸。因腹面之形及其狀畧有不同也。

病不甚急者。令病人躺臥。僅食流質食物。服蓖茄調小劑加路米。每日以水射肛二三次。射時令病者作膝胸貼床形式。或側臥右邊。而墊高其盆爲妙。　鴉片及瀉藥不可用。因恐病者於未治之前已多服瀉藥也。若服鴉片。其痛及吐雖止、而病之實際。俱爲所蒙蔽而不顯。　若初起病狀甚急。或用姑息療法無效時。宜决定其可否施割術。若塞在小腸。須依療急性塞之法剖腹治之、若得其塞處。即將其腸之上一段拉出開之。再用保羅氏玻筒置於腸內。令糞流出。（若腸不勒、不必治起病之因、須俟急狀已退乃治之。）若病狀甚危。不必追尋塞處。但於脹腸開一口。放其糞可矣。至於多容腸蟠露出、以便尋覓塞處之法。則不甚佳。

若胴塞。於腰處或於髂處施胴成口術皆可。但近來外科士多喜施於髂處。　若肛塞。或曲胴塞。在左髂處開一循例之刀口爲妙。如不知胴何處被塞。即於腹中線處割開。將脹腸拉出、割一口。置保羅氏流筒。　慢性腹膜炎所致之塞。若腸彼此粘着成一塊。無法解之。則除洗肛與揉捏腹。則無治

法。大抵詢明病之來歷則可免割術之煩。 糞易積塞者。宜常以長筒洗肛。服蓖茄及加路米。如肛內有堅硬之糞。須攪碎出之。

腸褪疊 或名 腸自摺入 INTUSSUSCEPTION

此係腸此截套摺於彼截。見第四百零八圖 除病者將死之際腸亂動外。其褪疊每係上截摺入下截。見第四百零九圖

第四百零八圖



Fig. 408. Intussusception.

腸自摺入

第四百零九圖

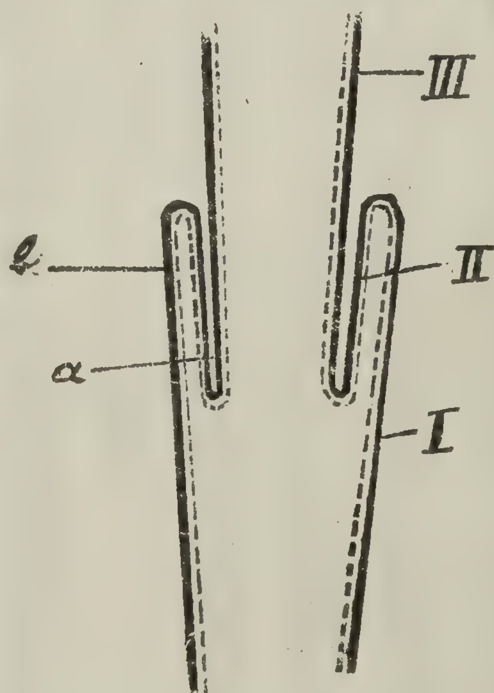


Fig. 409. Diagram of Intussusception.
a. Intussusceptum. b. Intussuscipiens.
I. Ensheathing layer. II. Returning layer. III. Entering layer.

腸自摺入

腸褪疊之段可分三層。(I)鞘層。(II)返層。(III)入層。不獨腸褪疊。即懸膜亦有一小部隨之褪疊。其大險、因懸膜之血管被阻。致成疥或腸破等。再者腸不通。不獨因腸褪疊之故。亦因懸膜受

扯。令摺入之腸壁成罅。且因腸粘膜盈血而腫。或因未化之食物塞於腸膛也。大約腹膜隨即發炎。因腸壁受傷。胴桿稵乘機而入之故。如褪疊不甚劇。則只入層與返層相粘不能復回。更有潰瘍或成疥者。致起佈性腹膜炎。因此而死。如未死。摺入處上之腸脹大。若係慢性者。則成糞瘍。

原因。多因腸蠕動過度。其過度之動。或由激性食物、或瘜瘤或惡瘤、或蟲而起。亦有因糞堅硬而致者。有云損傷亦可致此。如腹被打。或因猛跳等。然亦有尙難查悉其故者。

腸褪疊之位置　大約有四。(一)闌門扇最多。居百分之四十四。係小腸下段隨闌門摺入胴。其頭乃闌門扇所成。因下腸最活動。故其摺入之塊甚或能褪至肛門外。(二)小腸患此者。居百分之三十。多係中腸之下段受累。此摺不甚大。(三)在胴者居百分之十八。無論胴及肛之何處。俱能患之。但因胴定而不離其位。故褪疊亦不大。(四)小腸入胴此居百分之八。係下腸摺入闌門扇。扇初在原位、未幾則隨小腸摺入胴矣。除此種以外。凡腸褪疊之患。均係鞘層漸摺於入層之上。但小腸入胴者。乃入層漸摺於鞘層之內。至不能摺入時。即成一二三之褪疊狀。

剖屍時嘗見有腸褪疊者。此因臨終時腸之蠕動紊亂而然也。若因未見有發炎之狀。並見褪疊有數處。或見腸反蠕動所致。則知爲臨終之患。

病狀及病期。視其性之急慢而有不同。

急性褪疊 Acute intussusception　二歲以下之小兒有腸塞之患者。多因腸褪疊所致。其患驟然而

起。腹有一處甚痛。漸至全腹皆痛。且嘔吐。然較急性腸勒之嘔吐畧輕。大便未全結。多作瀉而兼有帶血之泗。或肛門急墜而不下糞。不久則腦力脫失。病重者。二十四小時以內即死。畧輕者。或至一星期。身力耗竭。腹膜發炎而死。　察之。腹膜若未炎則不脹。捫之亦不大痛。有時可捫其褪疊之處。如長圓形之瘤。循褪疊之路。因懸膜被扯。則成曲形。若小腸下段入闌者。其瘤即橫列於盆廉。由右髂處而向左。因胴被扯往下。故捫其右髂處則似虛空。亦有其瘤能移動者。醫士每遇此患。宜用雙手對捫法。細察肛與腹。若施迷蒙藥查之更妙。

有自復原而癒者。亦有入層與鞘層相粘。而摺入之部份潰爛脫落者。後則此處見有筋膶成窄圜之弊。有一種瘀瘢症。初爲希諾氏 (Henoch's purpura) 所察明。此症或與腸褪疊症同見。患之者。皮現瘀瘢。骨節疼痛。嘔吐。腸痹。（腸痹之故。大抵因腸壁流血。）其各狀之來也不依次序。故其初顯腸痛之狀。與常見之腸褪疊症。頗難分辨。或其病進行。致成正式之腸褪疊。則腸痹較久而劇。且腹內有可捫得之團。或另有肛門急而出血者。

慢性褪疊 Chronic intussusception　大人較小孩多患之。其病之輕重不一。多由漸而來。病者自云腸痰時止時發。日久時止時發之痛更頻且延長。但止時罕嘔吐。大便時瀉時結。亦或有血泗雜於糞內。初期周身不大受累。日久則人瘦力衰。捫之其腹鬆弛而不痛。有時腸蟠形或顯於外。捫之或有瘤。其狀不若腸勒之急。乃似慢性腸塞。或次急性炎之狀。有偶得急性腸塞。或腹膜炎而死者。然

亦有患此日久。尚未查明其果否係腸褪疊之患。

治法 病重者。因其身力極衰。不易設法救治。但病輕而爲慢性者。則可期其痊癒。急性者。用鴉片止其腸之蠕動。以免瘤長大。再用氣或水輕輕由肛門射入。使褪疊之腸復原。勿用力爲之。射時以手捫腹。察其瘤減小否。　射肛法墊高病者之臀。用庫秋尿筒插於肛內。接以庫秋管及漏斗。漏斗須高於臀二尺許。以水由庫秋管灌之。此法若無效。切勿耽延。須開腹察腸褪疊之處。即試其可能使鞘層自腸上段捲下否。然多半不能。因鞘層與入層相粘之故。若病者之力不大耗憊。可將褪疊處割去。而縫接其兩端。倘病者腦力猝衰。僅將腸縫於腹壁。作一人工肛門而已。但其結局不甚佳。若係小兒。除以手復回之術外。鮮有得救者。惟慢性腸褪疊。其結局較佳。此病未剖腹之先。因不知其果否係腸褪疊之患。故少有用氣使之復原者。若用手技不能復原。即宜將褪疊之塊割去。而接其兩端。用此而得救者甚多。

腸塞診察及診斷法 DIAGNOSIS AND METHOD OF EXAMINATION OF A CASE OF INTESTINAL OBSTRUCTION

醫者於腸塞症之負担甚重。因患此者。若不設法治之。越數日即至無救。故醫者不立即斷定、而耽延之。則病者獲痊之機失矣。　此種症所宜忌者有三。（一）瀉藥因用此必增其痛且致嘔吐。（二）鴉片此藥初用雖大有止痛之功。然繼續用之、則必蒙蔽病之急狀。因鴉片能使腸癱、嘔吐亦止、令人誤以爲癒、但病因之更劇。（三）耽延

而不以外科術治之。因此而死。較別故而死者更多。若腸已全癱。恐無法奏效。

診察此症難處不少。必須依定序察之。不可輕忽。(一)先必辨明其病係由腸塞所致。抑或由大便結而起。由於大便結者易出虛苶。周身不大受累。腸塞致者不然。乃氣不能出。腹痛嘔吐。此均足証明病甚劇。(二)宜辨明其塞、係屬物體的、抑或係腸癱所致。已論於第一千零二十七頁。(三)須証明係急性或慢性腸塞。急性者。痛甚劇。腦力脫失。早顯嘔吐。捫腹有單處甚疼。其人困憊。若不設法治之。越數日即死。慢性者不然。係素有大便甚結之患。不常痛。亦不嘔吐。但腸時或痠痛。察腹外面。急性與慢性亦有分別。急性者腸全癱而不蠕動。慢性者。腸蠕動現於腹面。(久之蠕動仍不見、)

(四)辨明塞處及其種類。　論塞處。有數端宜注意。即可以辨明。(甲)若小腸上部受累。必早顯嘔吐。且劇而不止。所吐之物內含胆汁。而不含糞。腹脹累及胃與腹之上處。腹下處或場陷。早顯腦力脫失。且速加重。口甚渴。尿甚少或無。而塞處以下之氣或糞猶能瀉出。(乙)小腸下部或闌受累。氣及糞皆不能出。所吐之物惡臭。但罕爲糞。腹中處脹。兩側則否。慢性者腸蠕動甚顯。(丙)胴或肛被塞。其狀約屬慢性類。雖在急性症如腸扭結。其初期之腦力脫失仍輕。嘔吐緩發。所吐之物後或含糞。腹甚氣脹而累及腹中與兩側。若塞不在胴脾曲下。則腹之左側無氣脹之患。

辨別塞之種類。多依病歷始確。倘祇能察明塞處。則不足辨明塞之種類也。

驗病者之法如下。

(一) 以前之病史 Previous history 素有胆石痰。或慢性大便結否。或有單處腹膜炎、癨、痢等症否。若係婦人或子宮有患否。

(二) 現在之病史 History of present attack 或驟起。或漸起。起有若干日。或昔曾患此病否。

(三) 最顯之病狀 (甲)腦力脫失。半係因受反射的激感。半係中毒所致。兼因嘔吐過多。則身之流質減少。且滙靜脈部盈血。腦所得之血減少。夫腦力脫失。始而由腸塞之反射激感。繼則由腸塞之毒中血。故急性腸塞者。腦力即早脫失。在小兒更如此。若係慢性塞者。則腦力脫失緩顯。且塞處愈上。腦力脫失愈劇。此因腸上部與交感腦經結最相近之故。(乙)疼痛係最顯之狀。多起於臍處。若小腸塞。其痛較胴塞更甚。其痛之輕重。在乎塞之全或不全。有名醫云。不全塞者。其痛時止時發。全塞者。痛連續不止。故急性腸勒之患。痛則不止。但腸狹窄。其痰痛則時止時發。其痛之輕重。則在病者之腦是否易於激惹。凡能使腸蠕動之物。(如食物瀉藥等)疼即加甚。待腸成痲時始減。(丙)初期捫腹不甚痛。至腹膜發炎即極痛。(丁)腸塞約必有嘔吐之狀。其故前已論之。(第一千零二十六頁)塞處若在中腸。或下腸之上部。則不吐糞。但有時所吐之物色甚黑。而臭極惡。若吐糞。此必因下腸之下部或胴被塞也。(戊)大約大便秘結。然有時結不甚劇。因塞下所有之糞。尚能洩出。且將死時。或腸成痲時。其糞亦能洩出。

(四) 詳細驗身法 Physical examination. (甲)先以望診法察腹有氣脹否。氣脹於腹中。即知係

小腸。腹側即知係曲胴或肛被塞。又觀腸蠕動否。急性塞者罕有此狀。慢性者則有之。有時可見一處凸起。此因腸之一蟠脹也。恐塞即在於此。又細審呼吸時。腹隨呼吸動否。又觀腹之兩側。此側動彼側不動否。且觀病者身體之胖瘦。其面容如何。以及如何躺臥。（乙）凡能出疝之孔。須詳細察驗。更必察肛門及其陰道。（丙）以捫診法。捫腹內有瘤否。或腹抵抗力加大否。（丁）用叩診法。或可得其病之確據。（戊）以水射肛。若受水不多。即知塞處近於肛。射時兼用聽診法。聽胴及其流至何處。若流至闌腸（胴頭）。即知塞不在胴。　有於此處用長庫秋管。以期此管經過曲胴而洗之者。然此乃係徒然。試細查肛所有之摺。即知其管難以通過也。且若用膝胸貼牀臥式。雖不用長管亦可。

第三十八章 肛及肛門之病 AFFECTIONS OF THE RECTUM AND ANUS

體學家以腸道下四寸（10 c.m.）爲肛。外科家則以腸道下六寸或八寸（15 - 20 c.m）爲肛。即由肛門所能至之處也。診察法有三列左。

(一)**指診法** Digital examination 未察之先。宜施瀉劑。或射肛藥類。令病者側臥左旁。與診婦科理同。將指抹以軟煤蠟。或鹼。以防其糞沾染甲下。或甲弓摺處。肛門亦以是抹之。病者另須墜其肛。俾指易入。而得細探其裡。並用雙手對診法。即以一手之食指入肛。一手在病人腹下處捫之。雖肛症多在肛下一寸半（4 c m）但恐有癌瘤之症。故宜並探及上段。至於盆穴之壁。尤宜探察及之。

(二)**全手診法** 有人贊成此法。但必手之極小者方能入之。

(三)**窺診法** Visual examination. 此法甚佳。用一窺肛器。或用一窺陰道筒。令病者作剖會陰臥式。或俯伏如膝胸貼牀形式。用此式腸則向前後。用兩食指指背相合入肛門。向左右前後張開。使圜肌暫失功用。以窺肛器入肛。空氣隨入。致肛脹開。用額鏡照之。則益顯。有時因肛摺蔽其上段。可用鈎撥開。或推於一旁。便可望至六寸餘。或用窺曲胴器。Sigmoidoscope. 該器可窺肛上段。及曲胴下段。其式係直筒長十四寸。外有畫痕。以便知探入之深淺。筒內有鈍頭塞。俾其易入。既入後。則將塞撤出。

先天畸形 即 **肛或肛門閉** Congenital malformation. Imperforate anus or rectum. 肛之舒長。係由上下兩截連合所成。上截爲育道尾。原與膀胱相通。即所謂胎竇。不久即分隔爲前後兩部。後部長

入盆內與下截接通成肛。下截則係原膜外層在會陰處長成之凹。名曰胎肛門窩。舒長未成之

第四百一十圖

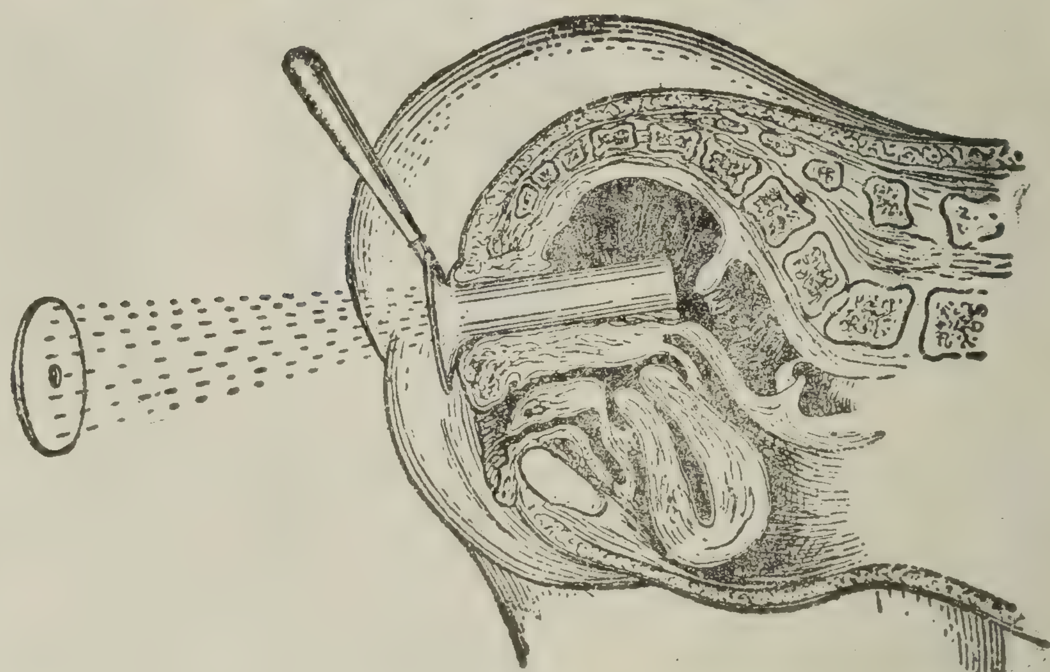


FIG. 410 EXAMINATION OF THE RECTUM BY MARTIN'S PROCTOSCOPE.

用窺肛器察肛圖。

病者當作膝胸貼牀形式於肛器入照之時空氣則隨入令肛張開遂用額鏡照之其內易見在此圖之肛摺畫最爲顯明

故。(甲)因無肛門窩或其窩狹窄。(乙)因無肛。(見第四百十一圖A)或雖有而舒長不全或與鄰器官相通。如膀胱、尿管、陰道、陰門等處。(圖B)(丙)因上下截不通。(圖C)常見之畸形之要類列下。

(一)無肛門。(見第四百十一圖A)有有肛者。有無肛者。有肛與肛門不正對者。醫者欲知其有肛否。非剖開會陰。有時不能遽定。當小兒竭力哭時。若肛門處有凸處。則爲有肛之據。其末端脹大形如棒槌。其前有腹膜遮之。其下或亦然、若無肛、其腸多止於盆上口。此下僅有一筋糊索而已。且盆骨多欠長。盆口甚小。曾有醫者用探條入尿管探之。探條與膣尖僅隔半寸。(12 mm)(二)上下截間在距肛門上約一寸處。有膜隔之。胎糞不能出。致壓下其膜。此症較爲常見。(見第四百十一圖C)(三)有肛門。但肛

AFFECTIONS OF THE RECTUM AND ANUS

第四百十一圖

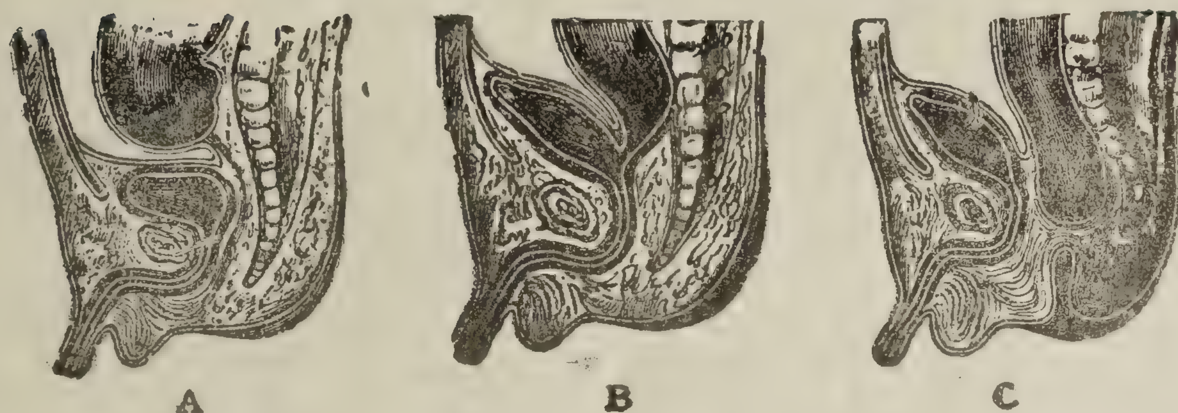


FIG 411 THREE VARIETIES OF MALFORMATION OF RECTUM

肛畸形三式

A 其腸祗及盆而無肛門　B 亦無肛門惟其腸通膀胱　C 有膜隔肛門與腸

成爲盲頭。止於盆廉之上。或通於他處。（四）有肛門。但甚狹窄。

治法 宜早治之。以防腸不通。 若肛門狹窄。可每日用肛探展開。若肛及肛門間有膜隔之。可先用大套針刺過。使胎糞外出。後用肛探展大肛門。使不復合。若無肛門。不論有肛之據否。當自肛門之中線處。向上後剖入。沿骶彎平行。至二寸（5 cm）深。至於宜否割取髀或骶一塊。（其法見後）則不敢遽定。因小兒之脊腦膜較壯年人略下。若獲得肛末。須扯下割開後面。將粘膜與圜圍之皮縫合。以免該處生肉芽。致日後有縮窄之患。若無肛、可在髂處剖胴成口。勿在腰處。因小兒之髂上廉。與第十二肋骨甚近之故。 肛門既開。則通於他處（如膀胱等）之路口自閉矣。（肛門後處之種種畸形、已詳於上。）

肛損傷 Injuries of the rectum 病原約因顚仆被物所刺。如木棍利瓷之類。亦有癲者以物揷入其肛。則或僅傷粘膜、或穿會陰入肛。直過肛上段。致刺開腹膜穴。立即流血、發痛、腦力猝衰。若傷及腹膜。則發急性炎。圍肛

組織亦或發炎。後或生膿而成痛。宜用迷蒙藥詳細診察。如能縫其傷處則縫之。不然則任其生肉芽而痛。若係婦女。其肛與陰道隔處裂開。不可遽治。因傷口常成瘢縮合。若傷口長其邊無痛。亦未發炎。縫之亦可。若腹膜穴刺開。用剖腹術。令傷處潔淨。然後縫之。若傷口甚小。且當受傷時肛乃虛空。則或待其發現炎狀。以紗條塞其口。使其發炎有限。若肛圍組織起加雜患。宜依法治之。

異物 Foreign bodies 其最多者。係吞下之魚骨等。過膂道至肛。而橫於肛粘膜之小袋中。時常作疼。大便時尤甚。後或成圍肛瘇。有時大胆石停留肛下端圜肌之上。若異物由外入肛而傷之。則所致之炎狀不一。

肛炎 Inflammation of rectum 顯有墜痛。肛覺漲滿。肛急。常出洇（粘液）或粘性膿。或血。其原因。一因肛為瘜痔與異物寄生等所惹。一因白濁症之故。在婦女或因陰道流液所染。男則多因直接染及。一因肛及胴患痢。致成闊大之潰瘍。若係慢性炎。則或有肛變窄之患。治法 用鉛醋礬及鴉片 Lotio Plumbi c. Opio 之淡液。或鈉硼烘礬 Borax 液。射入肛內。病者宜靜臥。食液體食物。服輕瀉藥或洗肛。俾逐日下糞。若流血多。宜用哈瑪米利 Hamamelis 液止之。

蟯蟲 Thread-worms 兒童常患之。肛門發癢。且流粘性膿。亦有激反應之狀。治法 每早宜服瀉藥。如士金無年 Pulv. Scammonii Co. 以鹽水或瓜沙水 Quassia 射肛。

血裂體蟲 Bilharzia hæmatobia 此蟲雖多在尿道。然有時亦見於肛。使肛壁生筋腺瘜。蟲卵易在

瘜中查見。乃圓形或如卵形。其式與在尿內之卵不同。因尿內之卵其刺在一端。而居於肛之卵。其刺乃在其旁。此患能令肛急作瀉。流血。有時血流甚多。以致於死。若尿器兼患之。其症更劇。曾住南非洲之小兒多患此病。惜無良法可治。

第四百十二圖

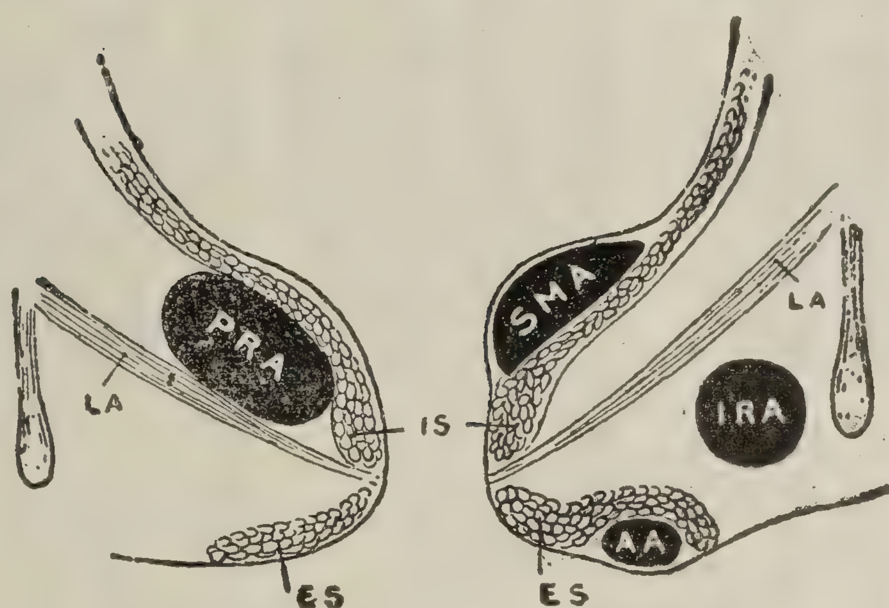


FIG. 412 DIAGRAMMATIC SECTION OF ABSCESSES SITUATED NEAR THE LOWER END OF THE RECTUM.

肛門附近癰圖

PRA	SMA	AA	IRA
盆肛癰	洄膜下癰	肛門癰	骶肛癰

肛及肛圍生膿 Rectal and peri-rectal suppuration

其類不一。多致肛處成漏患。此病係稚所致。稚多來自腸。例如因異物停滯。或潰瘍蔓延。或痔患生膿所致。有時起於肛門四周之皮。或由他臟累及。如膀胱頸。膀胱底腺。或脊柱、盆內等處癰是也。有病者自謂。其病由損傷或傷風所致。究之實不在此。此祇爲發病之惹因耳。

(一) **肛門癰** Anal abscess 此癰在皮與外圜肌之間。見第四百十二圖AA 由脂腺發炎而起。有慢性急性之別。且常爲成肛門漏之原。治法宜將癰橫割開。以紗塞之。有時一個脂腺被染而生癤。且或染及他腺。宜及早治之。否則蔓延成闊大之癰矣。

(二) **粘膜下瘴** Submucous abscess 見第四百十二圖 SMA 其原由內痔生膿而起。膿在粘膜下向上下延蔓。致成內單口漏。見第四百十四圖5 常患在肛之一旁。大便時極痛。用指探診之亦然。 治法宜在其最下部份近肛門處引膿。但有時必須割開粘膜。始能治癒。如此恐流血過多。宜用壓法止之方可。

第四百十三圖

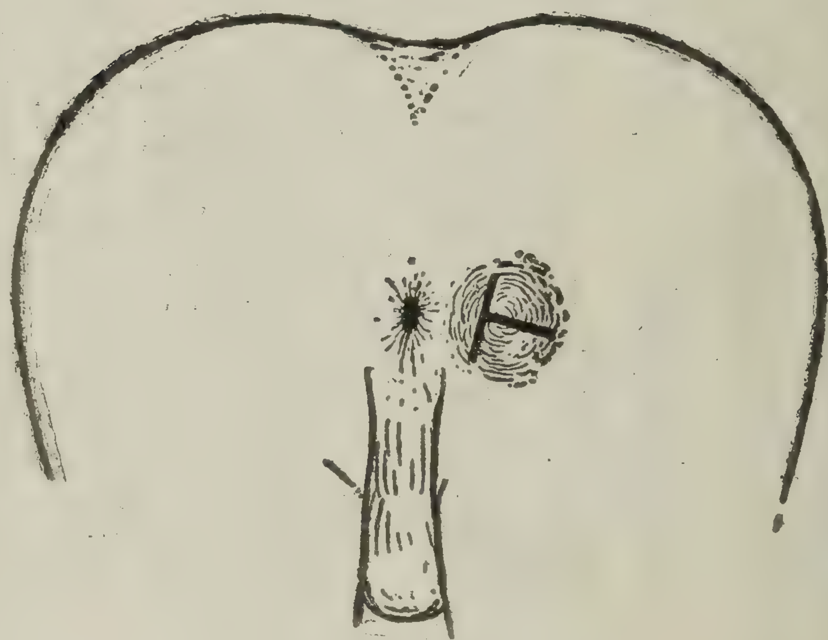


FIG. 413 SITUATION OF T-SHAPED INCISION REQUIRED FOR OPENING AN ISCHIO-RECTAL ABSCESS

割開骶肛瘴丁形圖

(三) **急性骶肛瘴** Acute ischio-rectal abscess 見第四百十二圖 IRA 此症乃由會陰或肛之膿稑入骶肛穴之脂腡所致。多係腡稈稑。故其膿甚臭。 病狀肛門邊紅腫作痛。初硬後軟。按之有動浪。大便或用指探肛時皆極痛。病者坐不安席。若不治之。則瘴內破。或外破。或內外皆破。而成肛漏。 治法初用熱濕布敷之。若生膿。則宜大割開。洗淨其穴。塞以防稑敷料。早治或不至累肛而速癒。若至粘膜發炎而破。則非割斷肛圜肌。恐難奏效。其割口宜成一丁字或十字形。第四百十三圖 其橫畫與臀摺平行。宜透過被炎質侵入之諸腡。

(四) **慢性骶肛瘴** Chronic ischio-rectal abscess 多見於體弱。或有瘰性及患肺瘰之青年。在骶肛

穴之脂䐈。受瘰癧質之染。久則壞變似豆腐或成瘻。愈延愈大。甚至繞肛。但無痛炎等狀。迨破時、其瘺口或距肛門頗遠。病狀與慢性瘰瘻相似。初在骶肛處有硬而不痛之塊。後則漸大。即軟而成瘻。治法大抵以施手術爲妙。宜於未生膿前剖開腫處。用利匙刮去瘰䐈。後抹以濃卡波利酸。以黃氣紗敷傷口。若有大瘺。宜用治肛門瘺法治之。並須謹按衛生法調理之。若兼有肺瘰症。則調理全身更要。倘因他重要瘰患而致體弱者則不宜施手術

（五）**盆肛瘻** Pelvi-rectal abscess 見第四百十二圖 PRA 此瘻在提肛門肌與肛中間之連䐈。有隨肛壁在內圜肌上之穿傷或由疽潰瘍累及者。亦有因盆絨䐈炎。或肛懸膜胱底腺等處生膿而致者。其病狀與深處生膿同。其膿或向下穿過提肛門肌至骶肛穴。或向上穿累及盆腹膜。或遍繞其肛成玦形。亦有因他處有膿穿至盆內。如脊柱闌尾等瘻。若由肛診察。在上段可捫一處腫大而疼。診斷既定。宜割一大口。引膿流出。若能在肛門後割口更妙。若瘻由脊柱瘰而起。則不可在會陰割開。蓋恐雜穢侵入而受累更大。

（六）**肛圍連䐈炎** Peri-rectal cellulitis 有時繞肛之連䐈患佈性炎。後或成疖。此症多在老弱之人。其狀爲體衰弱類。其膿或延至提肛門肌之上而成深瘺。治法宜將該處大割開。刮去死䐈。抹輕上養於其肉面。後用黃氣紗塞之。每日灌洗二次。宜兼用大劑激性藥。但此症之結局極險。多因血中毒或膿串瘻而死。

肛門漏 Fistula-in-ano 凡近肛門或肛下端有出膿之徑。則稱肛門漏。僅爲一單口之管者不少。

病原 常因圍肛之連胭生膿。如骶肛及肛門等瘻。或因近腸處有瘰質成瘻。亦有因腸狹窄。而其漏管通至狹窄處瘢胭之上。或在中或在下。凡多口漏約係此類。

第四百十四圖

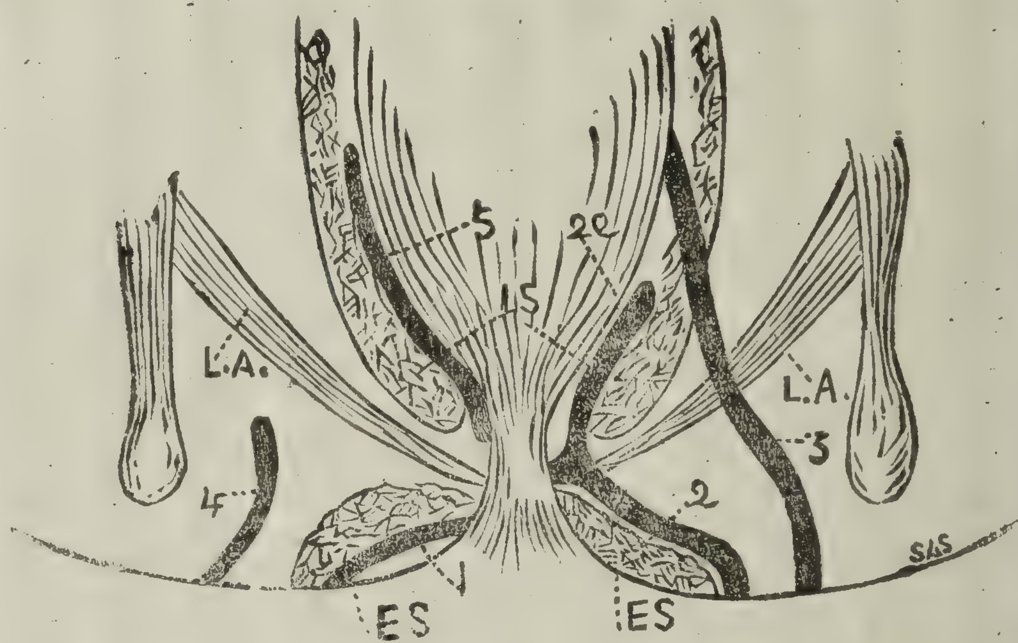


FIG. 414. DIAGRAMMATIC REPRESENTATION OF VARIOUS FORMS OF FISTULA-IN-ANO

肛門漏圖

1淺漏由肛門瘻起　2全漏不累內圜肌　2a穿粘膜下之支　3全漏過提肛門肌通入內圜肌上　4外單口漏　5內單口漏

肛漏之分類 (一)**全漏** Complete fistula 乃有二口。一通於皮外。一通於肛內。若因肛門瘻而起。兩口則近肛門。其路適在皮及粘膜之下。(圖1)若因急性骶肛瘻而起。外口距肛門略遠。內口通於肛門上不及一寸。(2.5cm)其路在內圜肌之下。(圖2)有時其路又生一枝管。(圖2a)穿入粘膜或皮下。此多見於慢性瘰瘻。皮色藍而盈血。其膿遍穿皮下。漸侵至股。或至會陰及臀等處。若係玦形漏圜肛。常在肛門後。在外圜肌之上或下。其外口通於肛門兩邊。其內口之上因膿穿之故。則粘膜與肌層相離。若骶肛瘻或盆瘻。不但通於皮外。亦且穿過提肛門肌。(圖3)使其內口通入肛之顛上。則症較重。無

論何瘺皆能分支。或穿至臀及陽囊處。治之有時甚爲不易。

(二) **外單口瘺** Blind external fistula (圖4) 此因骶肛癰外破。其內無口。試以探針穿入瘺路。再以指入肛門探察。其內惟有一層粘膜隔之。有時其病原距瘺口極遠。須注意之。

(三) **內單口瘺** Blind internal fistula (圖5) 初起或有發炎之狀。其口近肛門。通入肛內。膿或隨糞流出。須用指探診。或可捫得其口。或可察以窺肛鏡。用直針或彎針探之。此瘺多佈於粘膜下。若係慢性病。必兼有肛狹窄之患。　以上各症。皆爲難治。因瘺常染肛內之穢。並圜肌常舒縮之故。

手術 宜服蓖蔴油等瀉藥。末割前一點鐘。須先灌洗肛。不但割時便利。且割後數日不至下糞。割時。病者當作剖會陰臥式。先薙淨毛。再洗潔會陰肛門等處。繼用槽引針探過瘺路入肛。以小彎刀隨槽而入。割開其路。平常只有外圜肌之幾束被割斷。但瘺淺。則兩圜肌不致割斷。深則兩圜肌恐均被割斷。若察見分枝之瘺。則割開以利匙刮淨。剪去凹陷不健之皮。最要者不可將圜肌割斷二處。若流血。則縛其血管。用黃氯散撒於穴內。又用浸油之絨布。或浸黃氯甘油之紗。輕塞其口。疊棉花爲稜錐形以壓之。再用丁形帶包之。　若有枝管從瘺上口穿於粘膜下。則不可割開全路。恐其流血不止。惟割其一部份而刮之。且先治其總路。則枝瘺或易痊。若屢用激藥灌洗。其痊尤速。　若係块形瘺。祇在块中割斷圜肌。又將瘺之全路割開。刮其穴而剪皮縫。並用藥敷其傷口。　若瘺小而淺。不過肛門之界。可盡割除而縫之。如是則割口順痊。

後療法 須初四日不下糞爲妙。傷處務宜潔淨。但深處之敷料。一二日內不必更換。祇宜以溫卡波利酸水洗週圍之皮。每日早晚換塞料。以藥水射洗傷處。以紗布一小塊浸黃氯甘油塞其口。第四日服蓖蔴油。俾病者逐日下糞。當傷處生肉芽時。宜由深及淺。以免其復成漏。十四日後更時以探條探之。以防此弊。 若其割口不深。則圜肌之功用如故。惟內圜肌割斷。則其功用即失而遺糞。迨傷口將成瘢時。功用漸復。至痊癒時。即完全復原。惟瀉時則又或稍弛。若有瘻患在肛。或在肺。宜細心酌量宜用割術否。 在肺病之初期。可用割術。迨割口平復。可用外居療法。倘肺病較久。則不可用割術。若狀急。則畧施割術而救一時之急狀可耳。

肛門裂 'Fissure' of anus 此症極痛。多見於男人。若婦人患此。大半有腦易病性者。其原有因肛受損傷或爲瘜蒠所致者。但最多者因有慢性大便結而出硬糞所致。其裂約只有一處。在肛門後廉。且或有外痔西名守肛門裂痔 'Sentinel' external pile 居於其上。有時其裂潰瘍居肛門外圜肌之內。有醫士云其裂之原因。乃肛與胎肛門當 Proctodeum 相連處所遺之膜摺。被硬糞撕脫一塊。扯而離位。故每下糞時裂處愈甚而粘膜摺又下。即於肛門外成一腫瘤狀如外痔。即西名守肛門裂痔其後界或旁邊顯有潰面。 有時肛門邊及前界破裂數處。大抵因瘻毒而起。

病狀 當下糞時。急痛如火燒。每歷數小時不止。約常兼肛急痛可射至股或背間或左骶髂節亦然。其症極爲艱苦。最忌下糞。而所下者每有血條或膿雜於糞面。並有流液由肛流出。用指探診之。

則圜肌痙攣抵指。不易挿入。

治法 早期宜服輕瀉藥。使之逐日下糞。未下糞之前。用寇卡印肛彈藥。Cocaine Suppository 兼理其全身。有時可用哈瑪米利 Hamamelis 膏與錸氰强礬淡膏。Ung. Hydr. Nitr. dil. 調和抹之以治其痛。若病久。可用兩拇指展其圜肌。而烙炙其裂。最妙用圓頭小刀割之。通過其底及外圜肌。後剪去瘍邊。尤宜察其肛有瘻否。恐瘻即其病原而令病復發也。患處旣如此安息。則可速瘉。有時立縫其傷口。或可順瘉。

肛門癢 Pruritus ani　此乃肛門及肛門周圍之皮。恆發甚劇之癢。初期只發於夜間。致人不能安睡。隨則晝夜兼發。甚至不能專心任務。因其不得安睡。致身體衰憊。雖不得不搔。然愈搔愈重。大約由寄生物所致。如蟯蟲或粘膜與皮相交之處生瘍或感覺腦經有病等。其皮面紅而似擦破且腫。並有瘀腫皮摺。由肛向外分射。

治法 若有寄生物則滅之。且細查肛有瘍則烙炙之。若無效。可用爵士巴里氏 Sir Charles Ball 之法。即割斷感覺腦經末也。其法繞肛門割二半月形之口。留前後勿割斷。深割之以至露明肛圜肌。於是向內翻此片。使與圜肌分離。直至皮與粘膜之交處。隨用刀在未割斷之前後片之下割通。傷口之外邊亦由皮下如是割之。遂將皮復回而縫之。如此則皮片感覺之功用立失。但日後漸為復原。即不作癢矣。

痔 Haemorrhoids(piles) 此症係環繞肛門及肛下一寸(25.4 mm)之靜脈痕曲所成。既知肛血管及其血如何運行。則知此病如何發起也。 胴下段之血運與腸之他處同。即血管橫行繞之。惟在肛則爲縱列。有橫枝相通。圍肛門及其上成網形。其粘膜下之連胴甚鬆。靜脈少受擎托。是以下糞

第四百十五圖



內痔圖

Fig. 415 Internal Piles

時與下糞後。所受之壓力其大小驟然甚爲不同。且靜脈在滙部下者無扇。又滙靜脈部與身靜脈部由肛靜脈相通。故滙部之血若受阻。則其血即藉此靜脈返達身部。以上諸故皆爲此患之素因。若兼有大便結。或飲酒。或常坐而作工。皆能使肝盈血。而助其患痔。 年少之男人約二十歲者多見之。至中年人則漸少。老年者若有膀胱底腺變大。或膀胱生石等。則易患痔。若肛變窄或生疽。亦能阻血廻流。使靜脈痕曲而成痔。年少之婦女。鮮有患痔者。約因其每月行經也。但受孕時。或子宮離位。或有瘤壓靜脈者。亦能兼發此病也。 有時近肛之靜脈痕曲病者不自覺。一旦服重瀉藥。如阿羅 Aloes 等。或坐於冷濕之石上。或中酒。或受風而肝盈血。致靜脈內成血塊。而痔狀方顯。

痔分內外二類。有時二類兼發。

外痔 External piles 此痔在肛門之邊。有皮蓋之。其結構係小靜脈痕曲。更有皮下之胅性連胴圍之。此連胴較多於血管胴。此種痔即係棕色皮之直摺。由肛門繞成輻形。居外環肌之淺面。

病狀 平常痔軟時。除皮癢外無他狀。但在下糞之前後。則肛門覺脹。若受風而發炎。則成一腫圓色藍之瘤。行坐不舒。疼痛極重。此時痔內之靜脈結血塊而緊張。用合宜之法治之。越數日其腫即消。但因靜脈內血塊成筋腡之故。該處之肉摺較前更爲厚硬。

治法 未發炎之時。宜防大便結。洗淨肛門。有時抹以哈瑪米利膏。出恭後。不可用硬紙拭之。恐惹痔。宜拭以潔淨柔軟之紙。或棉花。罕有須施以手術者。若兼患內痔。即將圍肛門之較厚摺處用鑷鉗住。以剪順摺剪去。不宜太多。恐皮縮而肛門變窄。若外痔發炎。則宜偃臥。多用溫水灌洗。以熱濕布敷其處。若痔硬而甚痛。則剖開以去其血塊。剪去摺邊。用敷料敷傷口。

內痔 Internal piles 此症乃靜脈痕曲。外包連腡而蓋以粘膜。初期軟。壓之則血消散。患久者則連腡加多。且有動脈枝伸入其內。此患限於肛之下二寸(5 cm)其狀不一。有者只粘膜之靜脈脹大而不成瘤。其色絳而頗厚。出恭時多凸出。且有液如蛋清。或畧帶血之糞。但罕有流血者。久之則變成大痔。後或有脫肛之憂。內痔亦分二種。(甲)長形痔。俗名內痔。其塊廣而無蒂。色紫。軟而易壓散。有伸張之薄粘膜蓋之。滑而發光。狀似黑葡萄。痔間有凹。易受糞惹。此類痔流血不多。(乙)球形痔。又名流血痔。爲數單一或多不定。大約有蒂。其面有粗粒。狀如楊梅。乃係毛細管痕所成。若痔屢凸出。其粘膜則變硬如皮。其杜膚變爲鱗膚。所流之血。由淺毛細管或痔內之動脈枝而來。且有時甚多。

病狀 未流血之前。其狀不顯。惟肛門覺有重物或脹。出恭之前後。其痛有時加重。若凸出不返。則痛尤烈。因圜肌勒住之故。遲早則必流血。初期祇二三點隨糞而下。病愈久則血愈多。致顯血虧之患。不治則症更劇。至肛門常流帶血之粘液。以染其衣。且附近器官亦受反應之惹。致人因痛與流血則腦力衰弱。若痔因滙靜脈被塞而起。如肝變硬症。則流血或亦無害。不止之亦可。

痔加雜病 Complications of piles （甲）痔炎。乃痔內之靜脈痕部發炎。外痔多兼此患。惟長形之內痔亦有之。 其病狀乃痔腫痮。色藍。捫之痛尤烈。迨後其腫自消。生膿與否不定。不生膿者。或可自瘉。若生膿。其癉可破入腸內。或蔓延甚廣。或全身受染而成串癉症。 （乙）勒痔 若痔凸出。不能返入肛門。則被圜肌勒住。其塊較硬腫。而色青黑。其痛甚烈。後則潰瘍。或變爲死肉塊。此時極痛。兼嘔吐及血中毒諸狀。有時不藥而瘉。有時變爲串癉症。

診斷 痔與脫肛有別。 痔則凸曲不平。脫肛則圓而滑爲環形。有二症兼患者。 痔與肛瘜有別。 痔數常非單一。較瘜軟而易壓。近肛門無蒂而多流血。 外痔與癯濕瘡有別。 瘡相對在臀摺彼此相染。其面濕。距肛門畧遠。 鱗脎疽與外痔亦有別。鱗脎疽之硬軟形狀病史皆與外痔有異。最宜注意者。肛門流血非盡因痔而來。因痔來者。則血色紅。有時裹糞如衣。若由育道較上之段來者。血色則如黑煤油。與糞混雜。宜用指探查其肛。或用窺器查之。以辨其血由何而來。

治法 有週身與患處之別。

週身治法 當除去靜脈盈血之原因。調理大便。且宜補肝之功。如服礦泉水。或蓖蔴油。Ol. Ricini 或辛那糖菓。Confectio Sennae 硫磺糖果 Confectio Sulphur 等輕瀉藥。惟阿羅 Aloes 不可服。飲食宜慎。勿多飲酒。日常運動。若因懷孕而生痔。祇日服輕瀉藥。待產後治之。

患處治法 初期只可用姑息療法防痔受損及傷風之弊。出恭時。宜拭以棉花或棉紙。若痔凸出。則洗以冷水。用輕力壓入肛門。抹以哈瑪米利膏。Hamamelis Ointment 或以哈瑪米利水。(八分之一) 射入肛內。此二藥亦可止血。若抹以無食子鴉片膏。Ungt Gallae c Opio 亦可。惟功效較遜。若痔大痛烈。兼多流血。則用斷根療法。然於未施手術之先。宜查明肛有他重症否。(如疽瘤)亦宜察其流血之故。由肝或心病而起。若係此故。則施手術不但無益。反致有損。當用此法之前一夜。宜服蓖蔴油。次早須灌洗其肛。至施手術前半小時。宜坐熱水上以蒸其臀處。及手術時則作剖會陰臥式。薙其毛。洗淨會陰及肛門。醫士隨以兩食指背合而入肛門撐開。左右前後扯伸其圜肌。則有病之粘膜即可顯明。此不過肛門二寸(5 cm)以上。其手術不一。列其要如左。

(一) 鋏及烙法 Clamp and cautery 粘膜既按上法外翻而顯明。則以環頭之扣鑷夾各痔。後用痔鋏夾之。其鋏之葉。順肛之長徑平行。不可夾其皮。繼轉其柄之螺旋。緊夾其痔。剪去凸出之肉塊。以初紅之烙具烙透傷面。烙畢。漸放鬆痔鋏。以防血流未止。如有外痔。以前法剪去。(見前)隨將粘膜壓入。以黃氯撒傷處。墊以圓錐形防穢棉墊。即包以丁形帶。每日以輕防穢藥洗之。十日或十四日可痊。

若症重。不能小便。宜用導尿筒放之。待四五日後。服大劑蓖蔴油。（如係大人可用一兩）即能大便。便時令病者坐於恭桶上最佳。 此等割術。苟能精心爲之。毫無危險。且於去瘤性痔甚爲合宜。倘起染毒流血等之雜病。皆係外科士之不精心。非此術不佳也。

（二）縛線法 Ligature 此法多有用之者。如果細心消毒。其效亦佳。即以鑷夾各痔。先剪周圍之粘膜。以線縛其蒂。後將痔塊剪去。再剪短其線。迨縛線處潰時。其線自脫。此係平常之治法也。有時可緊縫傷口。獲瘉較速。

（三）割除各痔法 Excision 此法甚佳。乃將繞痔之粘膜豎割。而剪去其痔。縛其血管。以縫合傷口也。施此法最妙用閣耳氏鑷。將各痔豎夾。隨剪去痔塊。即用線繞鑷而縫其粘膜。未結之先。將鑷撤去。抽緊其線。如此可免流血。而傷口亦可密接縫合。越數日即可大便而無碍矣。

（四）懷特赫氏法 Whitehead's operation 又名割除粘膜法 若內外痔皆有用此法甚爲適宜。其法乃將患處之粘膜盡行割去。與肛割去術無異。先割肛門周圍之皮與粘膜交處。而露明痕曲之靜脈。後將該脈及粘膜逐段剪開。使與圜肌相離。隨將其割去而縛其流血之處。將割斷粘膜之端畧扯下。與皮相縫。其縫線宜穿過深胭。不可僅穿粘膜。此法果用於所當用者。其效甚佳。

脫肛 又名疘 Rectal Prolapse

凡人大便時。其肛之粘膜畧脫。若脫過甚。不能復回原處。是謂疘症。初祇脫出粘膜。是爲不全脫肛。

若至粘膜、粘膜下胭、肌層、漿膜、四層皆露。則爲全脫肛。見第四百十六圖 全脫肛多見於小兒。不全脫肛多見於大人。但此不過爲全脫之初步。後亦成全脫。

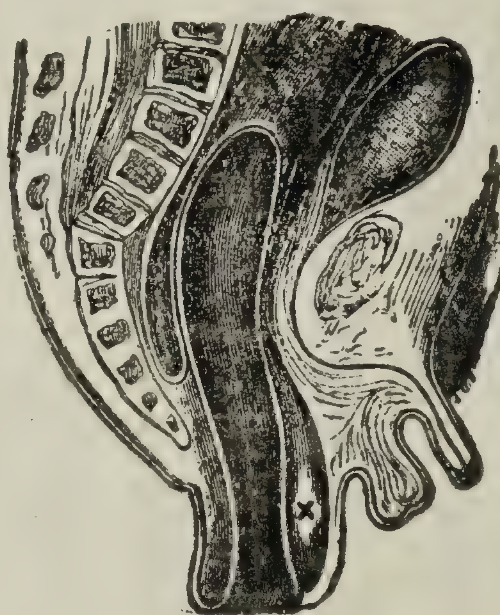
病原。(一)因胭鬆弛。如疲弱者。或久居熱地而身弱者。且因久患大便結。或瀉。致大便用力過大所致。在小兒患痲疹、或啼嗽症後。身體衰弱。而繞肛之連胭消瘦。皆能致成此患。(二)凡致肛久急。或用力逼壓者。如內痔、慢性大便結、瀉、肛被蟲惹、或鄰器官有病。如胱石。尿管狹窄。胱底腺變大等。皆可致此。

病狀　在肛門有腫滑之圓塊。其色紅紫。有粘膜蓋之。初期易復原位。但努力下糞或咳嗽時。則必復脫。倘至腫大。即使之復原甚難。且痛。因炎質侵入粘膜下而變成筋胭也。若粘膜被擦。易致發炎、潰瘍。其遺糞之狀。乃爲多見。若肛全層皆脫。則漿膜亦可兼脫於肛前成袋。或小腸並腺亦可脫至袋內而被勒。見第四百十六圖x 若脫肛久未復原。則變爲青黑色。腫痛極烈。後成疥而脫落。如此或能自瘉。但有時顯甚重之中毒狀。或起穿性腹膜炎。　其診斷不難。但有時誤認爲腸褪疊。由肛門脫出。若係腸褪疊。可於露出之腸之側以指入肛門。若係脫肛。則指不能入。

治法　初期當治其致病之原。如尿管窄者擴張之。膀胱石者去之。大便結或瀉者調理之。若有痔。則按上法治之。有蟯蟲則除之。此外並用冷水、或歛藥如低鐵硫强礬水 藥一三厘 水一兩 射肛。每夜宜於未睡時出恭。若係小兒。宜側臥。輕抬其臀之一旁。然後令之下糞。　更宜洗疰。用指推回。繼以貼膏

粘合臀之兩旁。或用墊布及丁形帶包之。防其復脫。 用電療法以補肛圜肌之功。亦爲有益。以上各法。在小兒約可有效。在大人倘諸法不效。宜施割術。若係輕而不全脫肛。只減窄肛門足矣。即如輻形。剪去皮及粘膜與痔。使傷口成瘢而痛。若係重者。宜由肛後壁並圜肌剪去一三角形之塊。而深縫其兩邊。若仍不效。則宜將所脫之塊全行割去。其法如下。即墊高病者之臀。設或誤開腹膜穴。其腸則不至脫出。隨在粘膜與皮相連之處分開。而漸割深。次在齊肛門處割斷突出塊之底之前份。通腹膜之孔。暫塞以紗。又用剪剪去其餘塊。其流血之處。隨剪隨縛。於是細心縫閉其腹膜孔。繼將皮與所割斷之腸縫合。過一星期方可出恭。但每日宜灌洗其肛二三次。以防穢質積聚。其司肛之功用雖終復原。然爲時署遲。其後療法。亦需時甚長。

第四百十六圖



疘縱截圖

X指腹膜在疘前壁

FIG. 416 LONGITUDINAL SECTION OF COMPLETE PROLAPSUS RECTI

此手術之結果。多不滿意。因其施術後多有復發者也。依吾之意見。此法概不用之。最合理者。於盆後壁。或由盆上處。將肛縫穩。會有人用此類手術已稍獲效。其法乃齊髂尖用刀割一口至肛門邊。以露明肛後壁。如有必須。可順其長軸疊縫之。俾肛膛窄小。隨用線橫穿肛後壁。(但勿穿粘膜)經過骶骶筋帶。後置紗墊於其處。將線在墊上結之。歷三星期之久。如此則肛後壁即固定於該處。若善用後

療法以調理其大便所得之結果亦佳。又有一法。較上畧有變通。乃將肛後處割開而塞以紗。直至該處成瘢而固定其肛。

亦有用曲胴與腹壁縫合術治之者。乃先割開盆壁腹膜。將曲胴縫於盆旁壁。然此法不如前法爲佳。

肛瘵症 Tuberculous disease of rectum 此症在肛中屢生瘍。其數甚多。而患處或甚廣。病原約因嚥含瘵毬之痰。亦或因他處瘵毬被血轉運至肛。然其大半由肺瘵而繼起。初起於粘膜下。後成瘍。狀與他處之瘵瘍無異。即瘍邊虛空。並有突起之肉芽。常致成痛。因此症漸傳於外也。其病狀即肛易惹。出恭時作痛。且有粘性膿或血流出。治法祗能減輕其狀。而不能全瘉。用灌洗肛法。或服輕瀉劑。使病人心暢。或敷抹膏。若症已極烈。當用胴成口術。使肛安息。或另寓調養院 Sanatorium 及用伐克辛療法。

肛及肛門癯症 Syphilitic disease of rectum and anus 肛被此症累及所顯之狀不一。列其要如左。

(甲) 初期有癯初瘡。近肛門而發。

(乙) 次期有癯濕瘢。生於肛門或臀摺邊。其瘢相對。彼此能互相傳染。其式與他處之濕瘢同。用加路米敷於瘢上。貼敷料於臀兩摺之間。

(丙) 三期有佈性癯顯於肛內。多見於貧寒之婦女。此患起於三期之初。在肛門上約三寸。7.5 cm.

本因癰瘤胴蔓延。侵入肛粘膜及下胴。其胴變厚而硬。後則潰瘍。其患常上延至曲胴。下至肛門。或累及肛陰道隔、及陰道處。而至會陰及圍皮。致外生殖器與肛門之胴過長。畧似象皮症。Elephantiasis 或其瘍愈深而成漏。使肛與他內臟（如膀胱及陰門等）或與皮相通。後則粘膜下胴收縮生瘢。致肛狹窄。其狹窄或上延至腸。

病狀 疼痛、下糞時更烈。肛易受惹。流血及膿。或肛塞閉。或大便時結時瀉等狀。診察該處。則見其瘍延佈、及胴受侵變硬。致醫士以爲疽狀。但疽更痛。且病者之年齡及病史有別。足資診斷。體初强健。後因痛及流膿而衰弱。

治法 宜注射薩伐散及服錸與鋏氯鹽等劑。或以錸爲肛彈藥。並時常用肛探擴張之。以免狹窄。倘病劇。宜用胴成口術。使肛安息。以助其瘉。其口間或僅爲暫時之用。但倘肛有窄狹或易閉塞之勢。則宜將口久留。有時用此術而肛潰瘍不瘉。宜時導以探條。免流質滯積。

肛筋胴窄症 Fibrous stricture of rectum

此症多見於四十餘歲之婦女。在肛門之上二三寸。(5—7·9 cm.)或在肛與曲胴相連之處。

病原 大約因該處有瘍成瘢而縮。或久瀉及痢症。亦間或因瘰或癰症之故。凡慢性肛炎症。如白濁等。皆能致窄患。亦有繼盆絨胴炎及生膿。而成筋胴帶。致將肛牽往後結束於骶骨。或僅纏繞縮窄之。此類狹窄處。距肛門較近。亦有因痔屢發炎。致肛近肛門處狹窄者。有因損傷或因割術累及

腸之一週或一週之强半。繼有肛窄。亦有因疢痛所惹。致慢性炎而成筋膶者。如此則痛之內口。乃在窄處之筋膶中。

病狀　初起時大便時結時瀉。初爲大便結。後因腸受糞惹、致粘膜炎而洩瀉。愈久則下糞愈難。不服瀉藥不能下。若下則糞形扁而長。或細而短。與蝦畧似。肛內作痛。甚不安逸。其糞與血及粘液混雜。兼有食滯及腹脹病。歷久則腸全塞而人死矣。或窄處上粘膜生瘍成瘻。破成一痛。其糞即由痛道而出。若其痛多。則易中膿毒。致精力耗竭而死。　用指探察。或可捫肛窄處短而平滑。如外面被帶所繞。似捫子宮口然。或窄處長而潰瘍。若盆絨膶炎。其肛則牽上緊粘於盆後壁。若窄太高。不能捫及。則肛似乎無病。惟頗脹。　有時窄處滑而無贅肉。抑或凸凹而潰瘍。以指探之極痛。窄上之腸過長且脹。或被糞充滿。致粘膜發炎而潰瘍。窄處之下。則因肛壁癱。並被病塊自上嵌入。乃脹大。

治法　初起宜逐日下糞。服流煤蠟或輕瀉劑。如蓖麻油或鎂硫强礬類。以軟其糞。更灌洗其肛。以助糞過窄處。且宜調理飲食。以免糞過多。若可探及窄處。每隔二三日。即用肛探探一次。其探條須由小而大。其尖宜直入窄口。勿誤觸粘膜之摺。若其尖不能遽入。切勿用大力撕破。祇展開其粘膜而已。或始用子宮絨條。Sponge-tents 後用肛探條探之。若窄處在肛下端。可用圓頭小刀輕劃其後面。或劃數處。繼用肛探條探之。因病易於復發。故必久用之。倘不及窄處。或多方施治。而仍顯腸塞狀。宜施以胴成口術。

肛瘤 TUMOURS OF RECTUM.

肛瘜 Polypus recti 此症多見於小兒。乃因腸腺成腺胭瘤之故。但有時係筋性胭瘤爲粘膜所蓋。多近肛門。有長蒂形如小櫻桃。下垂而易動。 病狀其腸被惹。由肛門流血。若係小兒。而腸無塞患。此流血狀即爲瘜症之徵。有時肛門急。致患脫肛。或腸褪疊。有兼患肛門裂者。乃因出恭時肛被瘜所惹之故。倘其蒂斷。可自痊癒。惟當時流血耳。 治法以線縛其蒂而剪其瘜。或用鋏夾而烙之。

莿瘤 Papilloma 此症罕生於肛。若有之。則顯肛流血。及肛被惹之狀。或兼腸閉塞。有時症蔓延腸之全道。致多流血而死。 治法以線縛而剪之。或用勒具去之。

疣瘤 Sarcoma 此亦罕生於肛。其症起於粘膜下。成一巨肉塊。凸入肛中。能使肛不通。患此者。其痛較疽爲輕。年齡亦較幼。但病狀則相同。 治法割盡其瘤。但後難免復發。

肛門鱗胅疽 Epithelioma of anus 生在肛門之外膚。初期與唇之鱗胅疽無異。其瘤硬。而其面凸凹不平。易於潰瘍。常傳染而累及腠腺。 治法在症初期。用與肛割去術畧似之法。可以治愈。

肛疽 Cancer of rectum 此係柱胅疽。(見一百六十九頁) 即腸腺胭過長。不但入肛腔。(狀如莿瘤) 亦侵入腸壁之粘膜下及肌層。其組織、乃腺膟間有多血管之筋性胅架胭。瘤之形式。按腺膟及架胭二者孰多而有不同。(甲)若架胭多。且係筋瘢性。則生長緩。質硬而面多疣。常起於肛之一旁。形如惡癧。後漸圍肛。致肛窄而腸不通。後成潰瘍。(乙)若架胭少。且僅係筋胅類。則生長較速。其瘤軟、凸入肛中。早累

及腸之全周。最易成潰瘍而流血。頗痛。惟因膶壞。其腸閉塞之患。較上之筋瘢性類爲輕。腸所成之瘍係惡性。面凹。其邊外翻而硬。有時其疽有膠樣之變壞。其瘤漸進侵入肛之圍䐃。因而粘貼於盆壁、膀胱、陰道、胱底腺等。有時髂血管被壓。而顯𤵸腫。或骶大腦經被壓而疼痛。又有炎質及稚等物。由瘍處被㖦。使病加重。或肛圍䐃生瘴成漏。穿入骶肛穴或膀胱、陰道等處。則瘤循漏路而長。甚或成瘤於膀胱內。　腰及肛懸膜之淋巴腺受累變大。先則因發炎而大。後則爲疽漏所侵。　凡肛門疽皆累及腴淋巴腺。亦有傳佈至肝者。但原疽必距肛門畧遠。始能如此。更有傳佈全身者。但罕見之。

病狀　初起輕而不顯然。迨瘤逐漸長大。而病人始自知也。此症常在壯年。男較多於女。其始大便畧結。宜服以瀉藥。其後結更甚。與瀉輪流。或洩粘液及血。肛內覺有重物墜痛。出恭後。仍覺發墜。病漸加重。至顯肛門急時。必盡力方能出糞。且常痛不止。其疼射至股背。坐硬物亦疼。初則糞面畧帶血。後則不大便時亦有血流出。若有窄患。其糞則似扁帶而細。　診察之。則知有一潰瘍之塊。其形中凹而邊反捲。若生於肛之一旁。則瘤常硬。或使肛變窄。若圍繞其肛。多軟似海絨。拂之易破。且多流血。其瘤下之肛脹大。指探或出恭時皆痛。致病者甚懼其苦。難而久不願大便。若疽在肛前壁。膀胱則常與瘤相粘。小便時亦痛。同時肛或出流質。雖已用胴成口術。有時此狀仍存。　體甚衰憊。食難消化、食則腸胃氣脹、且腹痛。非服藥不能睡。若成肛胱通漏。則糞及腸胃之氣由尿管而出。故症

為尤烈。此症不施割術。約至十七月則人死。其死之故不一。百人中約有三十人因肛閉塞使然。此多見於慢性症及瘤之起在肛上端者。因腸蠕動而褪疊。致成肛塞。若瘤潰爛甚深。或居肛下端。則腸塞者較少。因腸不能在該處褪疊。惟蠕動祗逼出其糞耳。其大多數因痛、流血、不睡、或中毒、致身體衰憊而死。亦有少數因肛上端之糞瘍 Stercoral ulcer 穿破。致起染性腹膜炎而死。

治法 治肛疽只有斷根療法。即割除全瘤。姑息療法。即胴成口術是也。

肛割除術 Excision of the rectum 此法之可用與否。不在其瘤向上蔓延之大小。而在其與鄰腑是否相粘而定。若未與膀胱及胱底腺等器粘貼。可用此法。其瘤已貼於後及兩旁者。不甚緊要。惟貼至甚廣。其瘤則不能除。若肛懸膜之淋巴腺發大者。可用肛上端割除術。以兼去其腺。惟疽累至腰淋巴腺或肝者。則不可用割術。昔人割開腹膜。莫不慮其險。今則屢為之而無害。因用防穢法以行之也。故瘤雖居肛上端。若未與他器粘貼。且無續起於別處之據。儘可割去之。所宜注意者。肛前之腹膜。於男人在膀胱空時。距肛門上二寸半。(6.2 c. m.) 膀胱漲時。則至三寸半。(9. c. m.) 於婦女則距肛門上四寸許。(10 c. m.) 至於後面。則無論男女。皆在肛門上四寸或五寸。(10–125 cm) 不為膜腹所蓋包。割去肛術不但宜去患處。亦宜將上下無病之肛壁割去若干。並將居於骶凹之淋巴管、及淋巴腺。一併割去。因該管及腺、接收患處之毒也。其去法不一。所宜用者。按其病之所在及情形。並病人之強弱而定。其割法之名稱列下。(一)會陰割去肛術。或名郎根貝氏 Langenbeck's 術。(二)過骶割去肛

術。Trans-sacral 或名柯銳斯克氏 Kraske's 術。(三)由腹割去肛術。(四)腹及會陰割去肛術。

(二)會陰割去肛術、又名**郎根貝氏術** Langenbeck's operation 若係初起之疽居於肛下段並骶凹之淋巴腺尚未顯然受累。用此手術則善。大約以先施胴成口術(人工肛門)爲佳。若割去肛下段全周三寸餘。或兼去肛門者。此成口術更宜先用。因糞經過傷口。致人甚受其苦。且有染毒之險。又迨後所留之肛門大小無定。不能約束其糞。故不如在左髂處善爲作一人工肛門。則不但可免此後患。且於剖腹時醫士能乘此時機。查明腰及骶之淋巴腺是否受累。及腸受累處之大小。並肝有無子瘤。

手術　其秩序如下。先將肛十分洗淨。使病者作剖會陰臥式。剃淨該處之毛。隨將肛後壁順中線由肛門至骶尖割開。若肛門無病。即由皮及粘膜之交連處繞肛門割開。如有病宜距病處略遠割之。再用剪或指使肛及瘤與圍罔分離。由後面起則易爲之。又割斷兩側之提肛肌。漸剖至前面。既至前面。切宜小心。勿致陰道、胱底腺、或尿管膜段受傷。在男人。可於尿管內插一探條。則有裨益。如此行之。凡有流血之處。可用鑷揑住。連於腸上之物。可用剪或勒具或烙器斷之。尋常必多流血。可用線或烙器止之。其傷口撒以黃氯散。用紗塞之。歷二十四小時。後面之傷口。可無庸縫之。其粘膜亦無庸扯下。此後換藥時。只於外面蓋以柳酸綿墊。其傷口勿庸塞以紗布。但每日二三次用淡消毒藥洗之。如山伊他 Sanitas (1 in 10) 或錳礬。或卡波利酸溶液 (1 in 60) 等。可輪流用之。迨漸生

肉芽滿於傷口面。隨即成瘢。使皮與粘膜漸行挨近。則空凹之處即見減小。而痊瘉矣。

（二）**過骶割去肛術** 又名 **柯銳斯克氏術** Trans-sacral or Kraske's operaton 此將髂或骶骨一塊割去而後去其瘤也。若瘤居於肛中或上段。可用此術。惟肛門未受累。或瘤距肛門三四寸（7.6-10 c. m.）者。用此術更佳。

論及胴成口術之問題。宜先用與否。所當注意者。過骶割去肛術乃使肛路復通。俾糞仍由此而出也。雖有時不能如此滿意。但亦有成功者。故總以不用成口術爲佳。若骶處肛門不善。或有煩難之瘺。俟後再施此成口術亦可。若病者已顯腸塞之狀。且於塞處之上積有若許硬糞。必用胴成口術以潔淨之。但只作暫用之口爲佳。

圖七十百四第

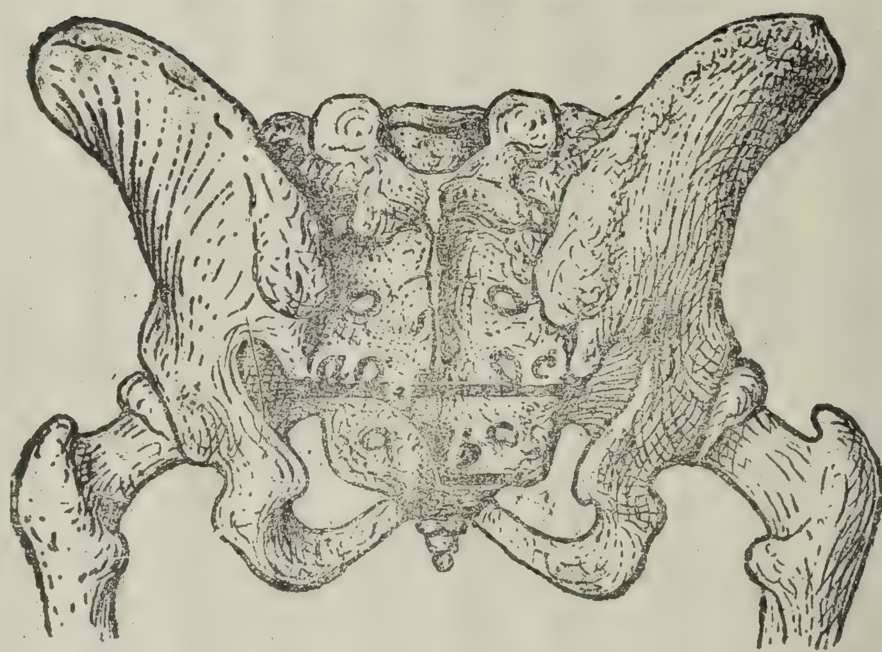


Fig. 417. Pelvis seen from behind to indicate the Lines of Section of the Sacrum and Coccyx in Kraske's Operation.

圖法兩端上肛割骨骶鋸

孔後骶三第至第四骶由徑曲骶鋸 ab

下孔三第骶鋸橫 ac

手術　令病者側臥。且由肛門後循中線割一口。至骶骨之中央。但勿將腸割開。隨將髂骨割去。繼使左側之骶骶大筋帶及臀大肌與骶骨分離。又用鑿鑿去骶骨左側之一段。其鑿線宜作彎形。由骶骨下之中線起。向上穿過第四骶後孔。或在

此孔之上而過。直至第三後孔之下廉。又橫過以至骶骨之左側。見四百十七圖ab如此則肛後之絨連膕即顯明。即將居於骶凹之肛疽、腫大之淋巴腺、與隣膕一併分離。則由肛上段剪斷。如此爲之。往往開通腹膜穴。故宜用無稜紗布塞之。以免受染。後再縫合。設病直累及肛門、則須將肛門、及肛之下段。一併割去。隨將肛上段使與兩旁之腹膜分離扯下。而縫於皮上。設肛下一二寸(2.5 to 5.0 c m.)及肛圜肌未受累。則無庸割去。只將此段縫於肛上段之下廉而已。然難成完全接合。隨將傷口十分潔淨。以黃氣散撒於紗布上塞之。雖腹膜穴已開。然約不至有害。此等最重之手術。所得之果效尚佳。倘上下段不完全接合。而有漏處。異日再用手術縫之可也。

曾有不盡按此手術行之。而畧有變易者。惟巴登侯爾氏 Bardenheuer 法較佳。乃將骶骨露明。由第三後孔之下橫鋸而全去之。如此所露出之處較大。而盆內之物更爲易見。施術之位亦益加寬。凡如此行之。最宜注意者。即保守第三骶腦經。因該腦經有司膀胱之功也。

(三) **由腹割肛術** Abdominal route　若肛下三四寸(7.5 to 10 c m.)無病。可用此法割之。此法之大意。即將肛上段。曲胴之一段。與其所連之懸膜及淋巴腺絨連膕等。一併割去。而將腸之上下段相接而縫之也。施術時。必用垂頭仰臥式。且必先用來蘇或他類消毒藥水。將肛冲洗極淨。由腹中線剖腹。將腸扯向一側而護持之。即視清患處。酌定所應用之手術。將肛適在病塊之下。小心夾穩而橫斷之。其下段宜暫爲護持。隨由上段之兩側割其腹膜。使肛懸膜之膕與之分離。即擇曲胴合

宜之處。由外側割其懸膜之腹膜層。使之活動。以便與下段相接。又於病塊以上夾之。將病塊割去。並用線縛其血管。如須縛其懸下動脈之大枝。亦可縛之。隨用線將上下段接縫。或在盆內縫之。或由肛門外將二截翻而縫之。縫畢復回其位。隨將蓋肛之腹膜復合而縫之。時或可用一大引流管。由肛門插至縫處之上。以便腸氣易出。若病者甚爲虛弱。接合上下段需時甚長。則不必接之。肥胖者因其脂膶過多。亦有不能如此接之者。則須將肛上段於左髂處作一人工肛門。且縫閉其下段而已。

(四) 腹及會陰割去肛術 Abdomino-perineal route 此法可代過骶割肛術之用。其最優點，因用此法可將淋巴管及腺廣闊去之也。腹面之割口。乃經左腹直肌。病者宜作垂頭仰臥式。既視清患處。即於該處以上將腸割斷。縫合其下段。其上段既插以保羅氏筒。隨即按膶成口術縫於腹面。成一恆久之人工肛門。又將下段兩側之腹膜割開。將居於骶凹之絨連膶及淋巴腺。向下至盆底一併剝離。其時宜防損傷腎胱管及髂處之總血管。又橫割肛胱間窩(在女則爲肛子宮間窩)之腹膜。於是將剝離之肛推下。仍將所割之腹膜蓋於其上而縫合之。更縫閉其腹壁。再令病者向左側而臥。即由會陰以畢其術。病塊既去。即縫閉會陰之傷口。特別小心將所斷之提肛肌接縫。若能有二醫士齊行着手最佳。一人施術於腹內。一人施術於會陰。如此不致費時。而可減免腦力猝衰之險也。有時無庸作膶肛門。乃將曲膶之下端扯下。而縫於會陰處。

施此類手術。其死數不少。約有百分之二十六。多因染毒之險。亦有因手術甚重而死者。大約由腹施術兼用人工肛門術較佳。因其能減少染糞毒之險。施此類手術後。其病屢有復發者。但雖復發。而其疼則減輕。因該處之腦經末已被割斷也。凡患肛疽者。百人中只有少數可用割術治之。大約其病已廣延始行求醫。故凡行醫者。一見肛不舒暢顯流液出血等狀。即宜注意詳查其有疽否。上所言之斷根療法。有時不能用之。惟用胴成口術。以減輕其苦難。尚為合理。　不能用肛割去術者。按其病狀可分為二類。即閉塞之狀甚劇者。潰瘍激惹之狀甚顯者。

（一）若其苦難。因腸內之物不能前行所致。則早用胴成口術。所獲之益列下。（甲）既用此術。病者可食尋常之食物。以補其體力。（乙）可免糞經過潰瘍面之疼。惟疽長時牽扯周圍腦經之疼則不能免。（丙）略能阻疽長大。因該處不受糞之激惹也。（丁）可防疽長塞腸。（戊）減少施手術之危險。因其時病者尚未至危險。且體力亦甚充足。昔之用此術療治閉塞之患者。其死數百人中約有三十至四十人。近則於髂處施此術而死者。不過百分之三四而已。

（二）潰瘍類者。若狹窄之患不甚重。則胴成口術無益。因雖無糞由潰瘍之面經過。然在人工肛門下。仍有膿性液及血流出。以致肛門急。且兼有人工肛門之煩難。病者之苦難尤甚。（胴成口術見九百三十三頁）若病者不欲受胴成口術。或有反對施此術之故。則可調理其食物。只用濃湯藕粉等。內加激性藥以減少其糞。可經一星期之久而不必大便。又宜使之躺臥以保其體力。更用莫非以減其疼。

第三十九章 腎病 SURGICAL AFFECTIONS OF THE KIDNEYS

腎位於脊柱兩旁上從第十一肋骨下至第十二肋骨與髂上嵴(廉)之中間。右較左略低。因肝居該側也。腎門(臍)對第一腰椎棘突(脊骨後峯)。腎上端較下端略近於脊柱。將腎露出術有二。

由腰露腎術 Lumbar incision (第四百二十圖B)其割口由骶棘肌(舉脊肌)外側第十二肋骨下半寸。向下外與腹淺斜肌之纖維平行。往髂前上棘(角)。依次先剖腹肌之後部及腰筋膜。纔開圍腎之脂粗織。則腎可見。但割口必按病者身體之情形而略有變通耳。

由腹露腎術 Abdominal incision 在腹前面循半月線(腹弓紋)割一口。開腹膜與否。任醫士之便。若開腹膜。當將腎前之結腸(胴)及小腸推向內。用浸温鹽水之布墊之。纔將結腸外側之腹膜割開。其腎則見。若腎過大。則結腸及他腸常已被腎推向內。腹膜腔大抵不必割開矣。

腎及其功用之診察法 Examination of the kidney and its function (一)雙手診察法。先令病者仰臥屈膝。將頭墊高並開其口。醫者立其旁。以一手插入腰下作托上勢。一手按在腹處作壓下勢。當其呼時。便易捫得腎或過大。或離原位。或外形殘皺。或緊張與否。此法皆可診斷之。

變大之腎　其狀如下。在腰處有腫瘤。略似腎形。捫其內側或有凹處。但此屬鮮見。其外緣有似弓形。無論作何臥式。叩其腰處有暗響。因腸不能列於腎後也。結腸平常居於腎前。故叩該處。則有一帶形之空響處。但腎若脹大。則將結腸推向內側。在身體之右側。腎之暗響與肝之暗響相接。在腎之下內則有空響。如此則腎瘤與盈瘤可以辨別。此等大腎。隨呼吸而動。但不如肝脾之動之顯明。在身之左側亦宜與脾辨明。脾大時距腹壁甚近。且其前面無腸。腰處則有空响。

第四百二十圖

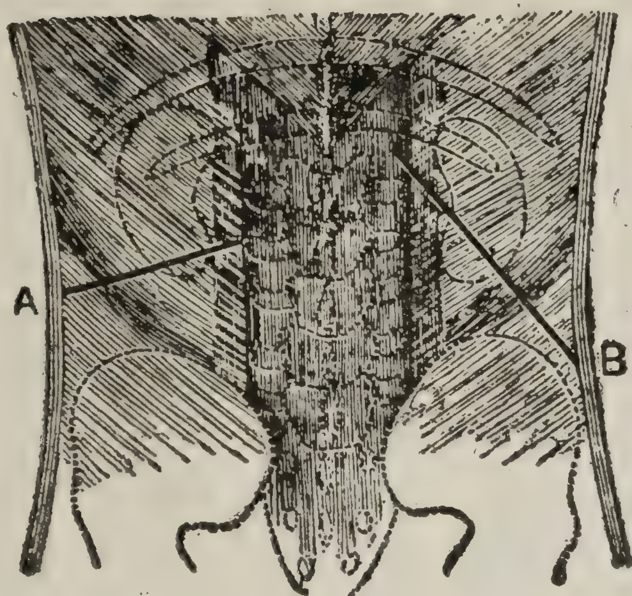


FIG. 420 DIAGRAM TO ILLUSTRATE LUMBAR INCISIONS

A. For lumbar colotomy
B. For exposing the kidney

腰處割口圖

A 腰處剖結腸術
B 露腎術

(二)若欲割去一有病之腎。必先詳查彼腎之功用足否。(甲)唯一之確據。卽取彼腎之尿察驗之。近來只以筒插入輸尿管(腎胱管)之法爲佳。先將膀胱洗淨。以減其菌(穉)。繼射清水十兩 (296 cc.)。將合宜驗胱鏡插入。隨插一輸尿管筒。此法不易行使。醫士須習練精熟。方能着手。但其裨益甚大。(乙)甲法未發明之先。已製有數類分隔尿具。Separators 用時先清理膀胱。務使潔甚。而後引入該具。隨卽立起庫秋隔膜。由二輸尿管來之尿。卽循兩側之筒而出。但此法今不多用。(丙)用美(米替連)藍小劑。注射於皮下。(見一〇九三頁) 由驗胱鏡視其有色之尿由何輸尿管而入膀胱。(丁)當施手術時。因故或須割去一腎。若以前未曾細查各腎之功用。則須割開腹膜腔。用手捫查彼腎。視其大小形狀如何。及腎血管腎盂(巵)有無病患。雖遇彼腎之功用不完全。然如此行之。則醫士不至誤去獨有功用之腎也。

(三)欲查兩腎之功用厥有數法。茲略述之。(一)美藍試法。 Methylene-blue test 若將美藍溶液注射肌內。吸收入血。卽成無色之質。但隨由胆及尿排出。在尿內半成藍色之質。半成無色之質(色原體) Chromogen。加醋酸。則色原體卽顯。設將十分之一之美藍溶液五滴 (0.31 cc.)。射於常人之體內。約十五分鐘。色原體卽濕於尿內。約四五小時。其藍色大顯。歷數小時。始漸減少。約二十四小時排淨。但有歷五至七日始排淨者。若腎有病而缺功。排色之時期較常更緩。若用導輸尿管法。取其尿察驗之。則可知該腎之功用足否。(二)佛羅德金 Phloridzin 試法。若用佛羅德金溶液 (1 in 200) 十滴 (0.6 cc.)。射於常人之皮下。越十五至二十分鐘。卽有糖顯於尿內。歷二三小時之久仍然。始終所含之糖約有一至二·五格蘭。若腎缺功。則所排之糖較少。或毫無。

腎之功用有缺或全失。乃因血內積有某類毒質所致。遲早則顯中尿毒 Uraemia 之狀。其發作或由漸或忽然。遂致數類病狀同現。而以頭痛、嘔吐、瘲瘛、爲尤著。但亦有他狀。如昏譫、癱瘓、氣促等。若酌奪因腎病宜施割術與否。須憶及此類人於施迷蒙藥後。有易中尿毒之危險以至於死否。故宜先細查其尿之情形如何。凡有腎病者。每日必量其尿之多少。及計其比重。若比重恆低於常 (1010)。且所排出之尿素亦少。皆爲危險之據、若於每日所泌之尿只知其多少。而不知其比重。不足判定腎之功用是否完全也。

(四)凡累及泌尿器之患。在腎症尤然。必精心按化學、細菌學、顯微鏡法、查尿。化學查法。大半足知尿內無蛋白質(胋)或糖。

尿白(胋)蛋 Albuminuria 係尿含血中之蛋白質也。爲常見之病。其關係甚大。故凡施割術者。必先用法查尿。更有患此而不顯何狀者。故驗之須愼。

試法 Tests 查驗蛋白。其法甚多。茲舉其要者如下。(一) 將尿貯於試筒內煑之。則見內有白質。與尿內之磷酸化合物(硫強礬)過多者無異。但磷酸化合物加醋酸一滴。其白質卽散。而蛋白質則否。(二)加硝酸(氰強酸)則見有白雲之狀。或

有淺棕色之澱下沉。但必先養尿而後加酸。且勿加至過多免澱復溶也。更有妙法。乃將冷尿貯於試筒內。漸加硝酸。至酸沉於尿下一層。倘含蛋白則在酸與尿之交處。顯一白色薄層。(三)加匹克酸 Picric acid 則見有黃白澱下沉。養之更顯。若尿係中立性或鹼性。必先加醋酸數滴使變酸性方可。

既查出尿內含蛋白質。須考其來源及關係。用顯微鏡細查其澱有無腎管脫模。或膿細胞(胅)。又察其四肢動脈之情形。及脈搏之壓力等。並細詢病者曾患何病。

蛋白尿有數原因。而其關係則隨原因而異。(一)因骨或關節病之日久生膿者。其蛋白尿乃因腎有蠟樣變所致。若尿之比重低而色淺。且管脫模不多。此係期淺之病。不必施割除術。只用常法療其原病足矣。但尿甚少而比重高。且所含之蛋白及脫模甚多者。則知病較久。非用斷根療法。如肢截斷術。則不能救其生命。醫士於施割之時。當愼防病者吸收石炭酸(卡波利酸)太過。致起急性腎炎。以至於死。(二)若蛋白尿係時發時止之類。此因腎暫缺功所致。必屢查其尿方能知之。此類病非不宜用割術。乃因安息其身體。調理其飲食。蛋白質大抵可止也。(三)若蛋白尿由慢性伯瑞特氏症 Bright's disease 而起。必兼有該症之狀。如動脈變厚。脈搏之壓力大。並或有近今或歷來之水腫狀。若蛋白甚少而尿素仍多。可令病者休養。用適宜之食飲。則蛋白質必更減少。致施輕割術亦無妨。但病至甚重。若無意外大故。不宜施手術。有則用救急之割術。如止血流、欠氯、或甚重之腹膜病、及尿積閉等。有此類病者。若某肢受重傷。大抵須割除之。惟對於壯健者則可不必。祇設法救治。若有惡瘤。醫士必先聲明割治之危險。俟病者認可始為施治。蓋此類病者於迷蒙藥之危險每難忍受。且其組織不健。故復癒之功受阻。並易起染性炎。如丹毒(痳) Erysipelas。又因其脈搏之壓力加大。易有過後流血 Secondary hæmorrhage 之患。 此類病者。易於生瘤及癰。倘見此情形。更或屢生癰者。必須察驗其尿。(四)蛋白尿亦有由泌尿器之下部患外科症。上延及腎所致者。若為之施割術。恐致腦力猝衰。或尿積閉。以至於死。(五)亦有由心病起者。乃因心瓣(扇)欠功而血返流

於靜脈內也。如此者、必先救其急狀。俟稍瘉再行割治。

糖尿及糖尿症　Glycosuria and diabetes　此指尿內含有糖質。糖尿或屬暫時。無大緊要。惟糖尿症則不然。乃係恆久者。由胰腺有病而發。昔時常以尿內含糖爲禁施割術之狀。今則不然。照例凡欲施行割術。必先查其人之尿有無含糖。試糖尿之要法如下。(一)用等分之氫氯化鉀(鉥沘)溶液。與硫酸銅(銅硫強礬)溶液。煮之。隨傾以欲試之尿數滴。若有糖、則沉紅黃之澱。其故乃因硫酸銅變爲氯化低銅(銅弱礬)也。(二)用非佮氏 Fehling's 溶液試之。其法與上同。但最妙將硫酸銅溶液及氫氯化鉀溶液分貯於瓶內。用時取其等分之液合煮之。加尿數滴。若有糖、則沉紅澱。(三)以匹克酸及氫氯化鉀溶液調和。加尿少許。若有糖、則顯黑色。或黑紅色。若尿每兩含糖二厘。足能使變成不透明之黑色。

單純糖尿　Simple glycosuria　有數原因。即食含炭水化物(糖糨類)、及脂類、或甜類物過多。肝不能存蓄。或肝之功用異常。或延髓(腦)脊髓(腦)受損傷或有病之故。亦有繼數類染性症(如瘋癱等)。致尿含糖者。若以割術治其瘋癱。糖尿即瘉。然其故今尚未悉。

眞糖尿症　True diabetes　近來以爲因胰腺病而起。試將牲畜之胰腺割去。隨即顯糖尿之狀。按臨症試法。則知數種慢性胰腺炎。能致胰腺細胞團。名蘭漢氏島 Islands of Langerhans 者敗變而顯糖尿狀。有以該島能生隱泌者。此與肝化澱粉(糨)糖之功用有關。凡患糖尿症者。細查之、則知其係胰腺有病。故用水療法 Hydrotherapy 及他減輕肝盈血之法。其病即輕。是以凡遇患糖尿症者。即宜酌奪其宜用剖驗術以視其胆管胰腺管是否有石。當去或暫用引流法。以減輕該處之盈血。如此、雖不能全瘳。然結果往往頗佳。究之近今之內科新治法。即間時禁食。其收效尤大。

在單純糖尿若節制其飲食並安臥數日。且調理其肝之功用及大便。則所排出之糖必減少。此時醫士欲施平常割術亦可。倘用上法而糖質仍不減。殊可疑其胰腺有病。切勿驟用割術。因其組織衰弱。易發染性病也。於其生瘋癱及下肢之染性死

肉症(疗)可以証明之。久患糖尿者能致周圍腦經炎 Peripheral neuritis。及小血管變硬等。隨或發生死肉症。(見一百零一頁) 故非至不得已時決不可用割術。但糖尿症未至極點。若用各種滅菌法施割術亦無不可。 曾有久患糖尿症者數人。雖施以重割術。如割除其患糖(疽)之乳房及腋處各物。或割去蘭尾等。仍未見有何妨害。

患糖尿症而不施治。或症甚重者。其大危險卽中尿毒而昏迷 Diabetic coma。此或似無故而忽起。或因腐敗性加雜病而起。或因施手術治此加雜病而起。(用全身迷蒙藥者尤然)。病者無情感。終則昏迷不省。以至於死。所呼之氣有阿色呑 Acetone 之味。血乏鹼性。其解說卽因糖尿症使身體所生之酸加多。(多爲氮乳脂酸)尋常不生此酸。卽生亦與氮化合成二氯化炭(炭強鏹)及水。(CO_2 and H_2O) 患此者。該酸與鹼類質相合而排出。最多者合患成尿酸患(錏尿強礬)而排出。血內之鉀(鋏)及鈉亦作變此酸成中立性之用。骨中之鈣(鎇)及鎂。亦或被其溶化。故血之鹼性減少。而二氯化炭卽不能被運至肺。致人氣喘。面色或變藍。在未顯昏迷之先。身內或生雙醋酸。此因亞氮乳脂酸 B-oxybuteric acid 收氮而又依次化分爲阿色呑及卡波利酸之故。欲查其尿含雙醋酸否。可加氯化高鐵(鐵氯強鹽)於尿內。卽顯紅葡萄酒色。養之其色卽退。若見患糖尿症者尿內含有此酸。乃爲凶兆。醫士可知其不久將顯昏迷之患。服重炭酸鈉(鈉氫炭強礬)之大劑。或注射於直腸、抑或靜脈內。大抵能阻此患之進行。至於患糖尿症或蛋白尿者。宜用之迷蒙藥詳後。卽氮化氫 Nitrous oxide or Nitrogen monoxide 及氮也。(見第四十五章)哥羅方及醚(伊打)切不可用。

尿血

尿血 Hæmaturia 此係尿內含血也。常切尿路有病之狀。但血來之源或難確定。

(甲)腎性血尿 此係腎之急性炎。盈血、含石、生瘤、受傷等所致。尿色因含血而甚深。或黑如醬油。含腎微管之脫模。或有彎形血條。式與輸尿管同。

(乙)輸尿管性血尿較罕見。患蘭尾炎者或有之。其故因該管經過骨盆上緣之部份。被發炎之蘭尾所壓。致盈血而出血也。

(丙)膀胱性血尿　此因膀胱受傷、或有石、或生瘤、或潰瘍等患。或因膀胱單純盈血、兼有靜脈瘕曲。或膀胱內有住血裂體蟲 Bilharzia hæmatobia。血與尿混合甚洽。惟在尿將畢時較多。其中或含血塊。住血裂體蟲產於南非洲河湖之水內。飲其水者。該蟲卽於尿路或下腸內生長。長成者居於門(匯)靜脈或膀胱靜脈之枝內。產卵穿腸或膀胱之粘膜。以致流血。若累及腎則或起膿性腎炎。醫治此病。迄無特別之法。病者大抵經久自癒。用顯微鏡查尿。可見其卵之形橢圓。一端有尖。

(丁)前列腺(胱底腺)性血尿　此因該處盈血、或有石、或潰瘍、或惡瘤而致。亦有因用導尿筒、或探條探察、或醫治以上諸病而致者。有時血返流入膀胱、其顯狀與膀胱性血尿同。但常係由尿道而出。因傷所致者更如此。若由直腸診察其前列腺。其病原或可瞭然。

(戊)尿道(管)性血尿　此由急性白濁、扯傷、或施探條所致。非小便時有血由尿道滴出。小便時、其先出數滴內亦含血。

(己)間有因全身病而致血尿者。此由瘀斑 Purpura、或青蓮(蘊) Scurvy、或易流血性 Hæmophilia 等症所致。因兼顯該症之他狀。故易於診斷。

凡見血尿。宜用顯微鏡察驗尿內有赤血球(血紅脒)否。因間作之血紅素尿(紅脭症之狀) Hæmoglobinuria 與血尿同。惟不含赤血球耳。有人以爲血紅素尿係因腎之小動脈痙攣所致。且每與雷氏症 Raynaud's disease 兼發。

查血最準確之法爲光帶分析術 Spectrum analysis。但常用者。將怪阿克酒 Tinct Guiaic 與醚(伊打)等分調合。後加尿少許。尿卽沉於試筒底。在尿與藥液交界處則顯沉澱。含血者、歷片時卽變成鮮明之藍色。

欲查血尿之病原。須遵下列之法。(甲)病者之歷史及其尿患宜記錄之。(乙)注意尿之性情色彩及血與尿之是否親切混合。(丙)察其血在小便之何級。可令病者分溺於三器。前後份須少於中份。若三器之尿色相同。則血大抵由腎而來。若前份含血較多。則係由尿道或前列腺而來、若後份含血較多。其血大抵由膀胱而來。(丁)以顯微鏡查尿。或可發見瘤之碎塊。或

上皮細胞(膚胅)或凝血所成之管模。此皆由尿路之定處而來。因此可知血之來原。或由腎、或由膀胱、或由前列腺、或由尿道、而判定病之性情焉。(戊)以顯微鏡查之。始能見膀胱內有無損傷。且見血出是否來自輸尿管。

尿膿 Pyuria 卽尿含膿、或粘液性膿也。每因尿路襯裡之粘膜炎症所致。其根原或在腎、或膀胱、或前列腺、或尿道。欲查其確由何處而來。其法與查血尿同、膿尿多藉顯微鏡辨認。若於尿內加鹽氯化鉀液(鋏泚) Liqr Potassæ 膿卽變成粘靭性。

第四百二十一圖



FIG. 421 URIC ACID CRYSTALS

尿酸晶

乳糜尿 Chyluria 此係膀胱粘膜之淋巴管脹或破所致。因血絲蟲寄居該淋巴管內(見二百七十三頁)尿成乳色。以顯微鏡查之。則知尿內含脂勻也。

尿沉澱質 有數類。見者不少。必用化學及顯微鏡查法。方能分辨。

尿石酸 Uric or Lithic acid 排出時有似辣椒之粒 Cayenne pepper 名尿砂。以顯微鏡查之。其粒係斜方形或橢圓形之片。或爲一團有刺之晶。其色棕紅。因吸收尿內之胆素也。此類尿每係酸性。比重亦高。其沉澱沸水不能溶解。而能消於鹼性溶內。若復加酸。則尿酸沉澱而結白色針形之晶。

尿酸化合物(尿礬) 尿酸鉀(鋏尿礬)、尿酸鈉(鈉尿礬)、或尿酸錏(錏尿礬)、常見於尿內。係無定形之粒。色之淺深。按尿色素之多少而異。多似紅磚之末。尿酸錏者有時成爲有刺之球。(第四二一圖)凡尿礬每見於性酸而比重甚高之尿。加沸水易溶。但復加淡鹽氫(鹽氯)酸則又沉澱。若欲查其尿酸或尿礬。可用硝酸(氰強酸)試法。卽加硝酸少許於尿內。煮乾則顯橙紅色。若復加阿摩尼亞水。卽變成深紫紅色。

夫尿內含尿酸或尿酸化合物之沉澱。有係暫時者。因身體有幾微之違和也。有係屢發者。乃因用含蛋(氰)類之食物過多。

第四百二十二圖

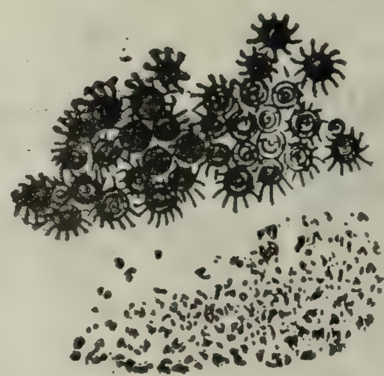


FIG. 422 AMMONII URAS IN AMORPHOUS GRANULES AND HEDGEHOG-SHAPED BODIES

尿酸錏之粒

及少得新鮮空氣。並少運動而然。或肝病致消化不良而起。亦有顯於身體新陳代謝之功加增時者。如運動太過或患熱症之時。因此時所應變爲尿素之質。多變成尿酸及尿酸化合物也。若常顯此狀則謂之易生石性 Lithiasis。若所成之質不排出體外。則易成痛風症(癘症) Gout 矣。須知人若生尿酸石。卽係易生石性之徵。故除去石後。必小心調理以免石之復發。

治法 療治易生石者。大約在注意其人之衛生。宜調理病者之飲食。凡糖類糕餅及酒宜忌之。可用魚鷄等肉。惟牛羊猪肉等不可食。作事必按定時。宜多行室外運動。且激肝生泌。用朴硝類瀉藥利其大便。如飲礦泉水更佳。間時服一劑甘汞(加路米) Calomel 或獨脚蓮脂 Podophyllin 亦有益。有喜用鋰鹽 Lithia Salts 及披巴拉辛 Piperazine 者。暫住礦泉醫院療治之亦極有效。

尿含草酸鈣(鍋草礬)多見於消化不良 Dyspeptic 幻想病 Hypochondriacal 及色白、腦易受感之病人。有謂此爲炭水化物(糖糭類)之食物氯化不全所致。尿之比重較低。色淺而量甚多。其性略酸。每多含粘液。故其晶易貼於試筒不平之面。以顯微鏡查之。則見其晶爲有規則之八面形。或成重瓠形。(第四百二十三圖)治法 宜調理飲食。以易消化而滋養之物爲佳。勿食難化之物。大黃菜亦不可食。因含草酸類化合物甚多也。祇飲沸水或蒸溜水。補身之藥如鑛類酸、鐵類、及貴林等、可用之。最佳者、使之移居他處。且防其有勞心等事。

尿含燐酸化合物(硄礬)其類有三。(一)燐酸錏鎂(錏鎂化合之硄強礬)。多見於鹼性或將變壞之尿內。每由膀胱而來。結六角稜形之晶。但三面甚窄。其兩端亦成斜角。(第四百二十四圖)(二)無定形之燐酸鈣爲最常見者。凡燐酸化合物之沉澱。其中多半係此類。患慢性膀胱炎者。尿內每含之。多於飯後二小時爲顯著。(名鹼性潮)此狀多見於正午。設於早飯

第四百二十四圖



FIG. 424 CRYSTALS OF TRIPLE PHOSPHATE IN URINE

燐酸錏鎂之晶

第四百二十三圖

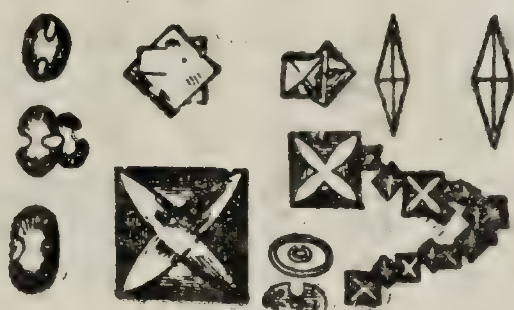


FIG 423 OXALATE OF LIME IN OCTAHEDRAL CRYSTAL AND DUMB-BELL-SHAPED MASSES

草酸鈣之八面形晶及小重弧形圓

前服鹹性瀉藥者尤顯。若於溲溺將畢時。始出。則或令其人驚恐。誤以爲精液也。

(三)最常見之燐酸化合物。係以上二類相雜者。無論其尿含何類。煮之則更顯然但加醋酸數滴則消散。故治燐酸化合物尿 Phosphaturia。苟非因身體之功用有弊所致。只治其膀胱。膀胱之病足矣。

有時須用細菌學查法查尿。以辨其確係何症。蓋細菌或由腎而入尿路。或由尿道達入膀胱。後上延輸尿管。抑或存於尿路某處之壁而後蔓延。有時細菌甚多。致尿顯乳白色。肉眼亦能見。但無害於尿路之壁。有時或顯輕微之膀胱炎。腎盂(總戹)炎。而間時或增重焉。時或尿內所含之細菌甚少。非用遠心器(離中具)使之沉澱。將澱濾過而細查之。則不能得。(如腎或膀胱之結核(瘰性)病常宜如此查之) 雖用顯微鏡有時亦不能查出。則惟有將尿澱用接種於畜試法。方可辨明。宜注意所查之尿是否在經過外生殖器時受細菌之沾染。在婦女尤然。苟非用無菌導尿筒取之。則檢驗婦女尿內之菌實不可恃。尿含細菌爲婦女常見之症。最普通者爲結腸(胴)桿菌。

(五)終則須用X光線查法。查腎及輸尿管辨其有石否。若用軟性X光線之玻璃具。每能將正常腎之下端顯明。而在過大之腎尤顯。若腎有慢性炎。或內有惡瘤更易查得。

腎或輸尿管有石。近來不難確知。但有時因X光線能透過單純尿酸石。或致人錯誤。如將此類石之大者握於手內。以X光線射之。其在影屏上之影。不能深於魚際(掌

外皁）肌。之影凡係草酸。石或燐酸化合物（秕強礬。）石或昔司廷 Cystine。石或雜質石。其多少及位置皆可以X光線射映清晰。腎石所映之影。與他情形所映者。近今易於辨明。因照片較昔更清晰也。故腎之外形。及其中所含之石。皆可射映分明。如此、若有已成石灰化之淋巴腺。或腸內物。或闌尾之結質。皆可判別。置而不理。間或胆石亦因故有影顯出。致人誤認。認眞輸尿管之石。有時甚難。因須與靜脈石。及石灰化之淋巴腺。闌尾結質。腸內物。石灰化之腸脂垂（大腸脂縫）石灰化之子宮筋瘤（無論有蒂與否）等區別之也。有時須用不透光之導尿器插入輸尿管內而復照之始能辨清。 盆內 淋巴腺。大約形圓平常且衆多。但有時石灰化者只一二腺。居於一側。或兩側之髂恥（朕）隆凸乙對面及內側。至於石灰化之腹股溝（朕處）之淋巴腺。因其部位甚淺。以X光線雙照法 Stereoscopic method 照之易於辨明。若疑其影係腸內物所成。可用有效力之瀉藥排出。則再三察之。即可辨明矣。此等病人若無指病之特狀。皆須如此服瀉藥。 子宮有石灰化之筋瘤。成影如輸尿管或膀胱內之石者。大都能於臨診時查出。

X光線之用。屬專門學理。茲不詳述、只提最要者二事。（一）將病人妥為預備。（二）固定其病處以免移動。照射時先照左右二腰處及輸尿管之上段。然後詳細照射病側。並用一特別隔光環。以免光線四散。若病者肥胖。則宜細心預備。勿使腸內含糞。即於前數日祇食易消化之物。其次服瀉藥二日。復在未施X光線及未飮食之前數小時。用長管灌洗其腸。

再者、腎曾患結核（瘰）而積石灰質（錮礬）者。用X光線亦可察明。或注射百分之十之柯拉哥 Collargol 溶液於輸尿管。後用X光線照射。即可見腎盂（總庖）之情狀及大小。

腎之先天病 Congenital affections of the kidney　有畸形者、有離原位者。各分多類。茲舉

腎畸形 Malformation 之要類如左。

(一)祗一腎者。此極罕見。(二)一腎枯者。其體變爲脂組織。以上兩種。其無病之腎皆變大。(三)兩腎相合於身體之中線成一腎之形。或兩腎下段相連。形似半環。其凹面向上。名馬蹄鐵形腎 Horseshoe kidney。　此等馬蹄鐵形腎見之不甚少。約居千一百人中之一。多兼有輸尿管或腎動脈之數增多。(四)腎有深溝分成葉。與數種獸類無異。然不多見。此等腎多離原位。其溝或深至使腎分爲兩截。或三四截不定。(五)一腎有兩盂(總戹)或雙輸尿管。(六)腹主動脈(總脈)發二三枝以供給一腎。　以上諸畸形大抵不甚緊要。惟割除其腎時。醫士或須略改其常法耳。

腎之先天離位 Congenital displacement of the kidney　此則千人中約有一人。腎或墜至骶髂關節。或抵及骶岬(前角)。抑或高於原位。左腎患此者較多。若墜至髂凹。其降結腸多被推向內。使直腸上段偏於右側。腎雖離位。而腎上腺則仍居本處。　先天病中更有腎袋瘤、肉瘤(疙)及腎盂積尿等病。容依次詳下。

能動腎及浮動腎 Moveable and floating kidney　平常之腎。非定於一處。時因呼吸而升降。然其升降常不能捫得。所謂動腎者。則屬病理。可分三種。(一)當深吸時。可捫得其下之大半。此

謂易捫腎 Palpable kidney。(一)捫腎上端。若以手阻之使不能升復原位。此謂能動腎 Moveable kidney。(二)腎能左右前後移動。且有時能橫過腹中線。此謂之浮動腎 Floating kidney。在初期、只動於脂肪被(包)膜內。後因輕發炎。脂肪被膜與纖維被膜(筋包)相粘。於是腎及繞之之脂。併動於腹膜之後矣。其動式分爲二。(一)平面動。以腎盂作蒂。祇能於上下左右動。(二)平面動兼轉動。若橫轉則下段向前。豎轉則外緣(廉)向前。如此者其輸尿管或腎動脈易於糾搭不通。患動腎者女多於男。(女居十分之九)。右多於左。(爲十二與一之比)。此半因右腎血管較長於左。半因升結腸之動較降結腸尤多也。

病原 腹橫筋膜近腎處分爲二層。名圍腎筋膜。腎居其間焉。在小兒時。此筋膜緊貼腎之前後。無脂肪間隔。至長大時。漸有脂纖長於筋膜內以繞腎。名腎脂被膜。肥胖之人。其筋膜頗張。而脂織堅持其腎。兼有腹膜貼於腎面之伸張力。腹內之壓力。及腹壁肌之托力。皆能助腎安於原位。若失其所倚。則易離原位矣。如產後患此者。乃因腹內之壓力忽減。及腹肌鬆弛之故。若病者起立太早。或未用托腹帶而用力工作。則患之較易。故貧者較富者受患爲多。有因割除腹內大瘤所致者。因腹壁已甚張而變弱。或因身體急瘦。致圍腎之脂亦消。或因損傷而致者。有見於患腹臟下墜症者。(見三十五章)。大便結亦爲甚要之因。蓋闌(盲)腸積糞而下墜。扯下圍腎筋膜

之前層。使腎向前也。

病狀　狀每不顯。偶因他故而始知。有時病者祗覺腹內有能動之物。捫之則痛。或致惡心欲嘔。或初卽疼痛痛吐。遂延醫療治。而察其嘔吐之故。卽知係能動腎也。　痛在腰背。或循輸尿管射至腹股溝大陰唇（陰外戶）或睪丸（精腺）惟嘔吐乃斯病之要狀。若無顯然之故而常嘔吐者。宜診察腰處。以上諸狀間或加重。其尿亦暫少。乃因輸尿管糾搭不通。若病猝然減輕而尿增多。且內或含粘液性膿。便知腎回原位矣。若屢如此。則難免發腎盂炎並積尿等病。若腹前壁薄。則易見有能動之瘤。捫之則痛。或致嘔吐。使病者作膝胸貼牀臥勢。則其能動腎或更易捫得。又在第十二肋骨之下。骶棘肌（舉脊肌）外側。覺病腎之原處較軟。因無物抵抗之也。患此者多係有腦病之人。其故或因能動腎易於扯腹內之交感腦經中樞。有時腹內他器官亦離原位。故其病狀不祗因腎所致。卽施手術以治能動腎。病狀亦未必消滅。蓋腎雖固縫於腹壁。其痛吐等狀仍如故也。

治法　患此者大半不必施割術。亦無庸向病者言明其腎能動。若兼爲體弱。或有腦病。或有腸墜之患者。須偃臥六星期。可施腹及全體之揉捏法。飲食以牛乳及脂類爲佳。庶能令腎較穩。而全身之力亦加增。旋置合宜之托腎器。使病者安舒。如用腹疝帶。其一端作爲淺杯形。覆壓於腎。

或以氣墊縫於托腹帶。其墊作三角形。與肋緣、腹股溝靭帶（髂骱筋帶、）腹半月線（弓紋、）三者平行。令病者仰臥。托高其盆。然後縛之。

宜施手術之指徵。（一）腎最活動。甚至無論托以何物。皆不能穩定。（二）腎甚有捫痛。至不能忍受托之之物。（三）急痛及嘔吐之狀常復發（Dietl's crises）。（四）腰處常不安。兼有消化不良、嘔吐、及腦病最雜之狀。此等腎捫之則痛。病者且覺惡心。（五）腎盂受累。致積尿或發炎。

動腎縫定術 Nephrorrhaphy or nephropexy 腎體本圓。且其纖維被膜光滑。縫定不易。益以腎之主質（正胴）吸收力甚大。雖縫以絲線。不久亦化爲烏有。是以初縫時似不能動。未幾仍動如前矣。惟有二法可將腎縫定。（一）刀口須割至腎而勿縫合。惟填塞以紗。俾其生肉芽而漸癒。此法雖有効。然甚遲緩。且其後此處或成腰疝。（二）近今常用之法。乃在腰處露腎。多割除圍腎之脂肪。纖將其纖維被膜之一部份割開。而縫於腹壁。以便露出其外質略流血之新面。縫纖維被膜之法不一。最妙者在腹旁割一豎口。由第十二肋之上起。下至髂嵴止。割開肌。將第十二胸腦經牽開。以免受傷。遂剖開圍腎之脂肪被膜。以露出其腎。多除去脂肪。於末肋下介膈肝間爲腎備一新窩。於是將纖維被膜之上半。自後面向上剖開成片。使之越過第十二肋之上。俾腎懸起。隨將片尖縫合於片底。並用蠶縫線二條。繞過纖維被膜下半之深面。繼穿刀口上角之肌及皮。隔

以紗墊而縛之。待三星期方可除其線。割口用常法縫合。且用無菌棉作墊置於髂凹。使腎由下得適宜之壓力。腎雖如是穩定。然病者仍當躺臥四五星期。起時宜用托腹帶裹之。

腎之創傷 Injuries of the kidney　多因身體受擠壓。如於二火車之間。或車輪由腹上軋過。或因受擊。或因跌倒等。則血頗流。或流入腎質、腎盂、及圍腎之脂肪組織等。有時腎之纖維被膜未破而血仍滲入脂織中。其纖維被膜之破否。甚關緊要。因未破者血流必少。尿亦不得滲出也。有時腎體壓碎。而血仍不流於身外。惟血塊或由輸尿管下流。致該管被塞而以後長閉。倘纖維被膜之前面裂破。或致累及腹膜。在小兒尤然。且有腹膜內流血之狀。曾有腎破裂甚劇。致流血多而死者。然此罕見。倘纖維被膜之後面裂破。則圍腎之結締組織必被血及尿滲入而受累。難免不生膿。如此、則發生膿血症(稑串瘴症)。或後因血久中膿毒而力乃耗竭。有時他處亦受損傷。如骨盆脊柱、或顱骨等折斷。或腸肝有瘀痏或破裂諸患。故兼有他甚要之狀。

病狀　腦力猝衰。繼以惡心嘔吐。痛在腰處。射至睾丸或股。捫腎覺痛。該處或腫。尿亦或含血。血流之多寡無定。若傷輕、不久卽止。重則流多且久。或致殞命。有時血塊經過輸尿管而作痠痛。或塞其管致尿閉不生。有時血流入膀胱。凝結成塊。充滿其內。若流入圍腎之結締織。則腰處必腫。倘腹膜亦裂。腹必漲大。因流血久致血虧漸重。並起腹膜炎。若圍腎之結締織成膿腫(瘴)則腰

痛更劇。並顯發熱、寒戰、及深處生膿諸病狀。

治法 令病者偃臥。腰處置冰袋。或來忒氏凉水管 Leiter's tubes 用貼膏壓法。或用布帶包裹。以減其痛。若血流不止。恐其致命。可剖腹探察。若裂小。則或施以縫術。其線必深入腎質。若傷較劇。則須將腎割除。有時血不流出。然腰處速腫。血虧愈重。而脈愈速。可立施割術。若膀胱漲滿。則用巨眼導尿筒。洗除血塊。若腹膜炎。或腎外成膿腫(瘻)。宜按各症治之。其腎亦須照上法施治。

輸尿管破裂 Rupture of the ureter 患此者少。多因受直接傷所致。間有因於盆內施手術。如割除子宮而傷及該管皮未破者。其狀初隱。後因尿滲於腎圍組織。致該處腫大。倘尿無腐敗性。或至不發生變端。否則成膿。遲早終須剖割。試查其穴內。或可捫得輸尿管之裂處。但多不能。則疑係該管抑或腎盂受傷。未幾則腰處成尿瘺。後或能自收口。否則須將腎割除。且割除以早爲妙。有時可施縫術。先縫閉下端之口。卽將粘膜向內捲而縫合其肌衣。又於下段旁壁開一縱孔。將上端接植此孔而縫合之。

曾有二小兒被車輪所壓而得此患。一小兒其腦力猝衰之初狀已過。則無特狀。惟至十日坐起時。腰處忽然發痛。腹膜後處積液體且略發熱。既割開腫處。則有多量清尿放出。但幾於無膿。以指探其穴。則捫得輸尿管。但未能探得破裂處。乃設引流物成尿瘺頗久。卒則瘺口自瘉。一小兒炎狀略劇。至十二日割開病處。置引流物成尿瘺。然口不閉。故割除其腎。迨後二小兒皆得保其生命。

腎盂積尿

腎盂積尿 Hydronephrosis 此因尿之出路被阻。致腎盂及腎盞(小巵)積尿。

病原(一)為先天病。蓋腎之發育本由胚後腎而起。後其輸尿管與腎接合。有時接合不正。如輸尿管與腎盂交接處不通。有時腎動脈位置異常。輸尿管由之經過。則被糾搭。間有因尿道閉鎖。

第四百二十五圖

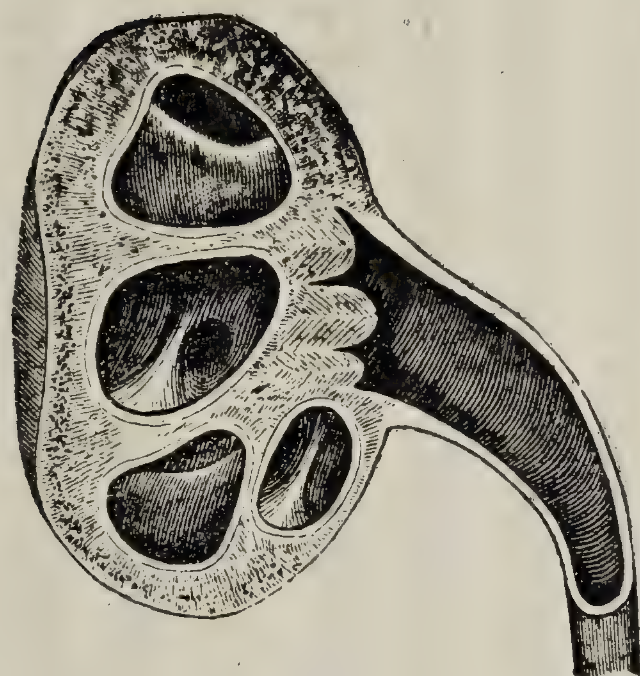


FIG. 425 HYDRONEPHROSIS

腎盂積尿

或內有膜相隔。致二腎咸受累者。此則腎盂積尿多。致胎體甚腫。而分娩最難。須將空針刺入胎腹內放液。始能產出。產出多為死胎。或不久卽死。(二)為後天病者不少。其要列下。(甲)尿路被塞。如石、寄生蟲、異物、血塊等。(乙)尿路之壁因病而改變。如粘膜炎腫、或瘢痕變窄、生瘤等。(丙)浮動腎。致輸尿管糾搭。(丁)鄰物壓管。如瘤、瘢痕等。故有見於盆結締織炎之後。或因直腸或子宮生瘤(疽)等。

有祇累一腎者。因其管不通。或管入膀胱之處有病。若二腎受累。其原因多在尿路之下部分。須知此患非由輸尿管忽全被塞所致。若係石忽塞其管。或外科割除子宮等而悞縛之。則該腎雖

暫生尿。不久因尿之壓力漸大。遂無力生之。後腎之主質(膚胴)漸消瘦。但未滿六星期而管復通者。大抵仍有生尿之功。若管時通時閉。或不全閉。致尿只流少許。而其壓力有時減小。乃見腎盂積尿矣。若爲尿道忽全不通。則膀胱漲大而破。或尿道破。若尿管係漸塞閉。則致腎盂積尿。

病理的歷程　尿被阻之結局。先有輸尿管與腎盂漲。而腎盞次之。腎錐體(笋)漸壓平。腎外質漲而變薄。故腎較常大。腎外層質之結締織(連胴)略長。初時所生之尿常不少。然比重較輕。若尿仍被阻。腎組織漸至消瘦。後則無有。而腎變爲薄壁之多房袋矣。無論何時。倘兼被膿菌所染。則成腎盂積膿 Pyonephrosis

病狀　按病因及來歷而異。其腎多漸大而不痛。若二腎俱患。初即尿多。色淡而淸。比重較輕。後則尿少。竟至絕無。而病者中尿毒。其生膿者不少。則更易至此。倘一腎病。則尿之多寡性質或如常。因腎過長以補其功用之缺。腎盂積尿者。成爲有彈力性之團。該團若大。亦有動浪。且現腎腫大之各狀(見一〇九二頁)當其初漲之時。大約疼痛。作小便頻數。倘後腎盂或輸尿管潰瘍。則圍腎之組織或成膿腫(瘇)。若膿由腰穿至外。則腎盂之尿亦然。　間有腎之大小按時而異者。若多積尿。則壓力愈大。甚至尿能通其塞處而溺出。故腎又變小也。

其因輸尿管上端先天狹窄。或因該管經過腎動脈之一枝。致被糾搭者。則病者之腰處。間時發

痛而腫。休息則癒。有時兼現尿異常之狀。但多誤認爲胃肝之輕症。或闌尾輕炎。每次發後。腎盂或略炎。究之其病較急而不癒。若不治之。每至生膿而穿破。此非罕見者也。

治法　宜先設法以除病原。如阻礙在前列腺(胱底腺)或尿道者。尤宜如此。至於輸尿管之上端有先天之異形。致腎盂積尿者。有時能施手術。將管移接於正位使通。或割開腎盂。將管之窄口縱切。隨縫合刀口之邊。此等修補術。有時頗效。設或輸尿管成一彎形而被壓於腎門血管之間。則宜鬆解其彎。尿遂能循輸尿管而下。腎盂積尿乃癒矣。至於生膿者。大抵須將腎割除。若爲後天的一側之腎盂積尿者。或可施空針吸尿術。然此不過係一暫治法。且不甚妥當。大抵後須施割除腎術。或能達至管之不通處而治之。然大半不通之處較下。不能達至。且病多較劇。非割除其腎不可也。

腎炎 Nephritis　腎炎見於多種病症。內科學已論之。茲不多贅。但尿之含蛋白質(胊)與外科頗有關係。且凡宜施割術之病。宜先細驗其尿。已詳於前。

且慢性腎炎。有利用外科治法者。伊地波氏 Edebohl 曾將患者兩腎之被膜(包)全行剝去。此法雖易爲之。惟施於體胖及水腫者頗難。至若少年因紅熱症後患此者。及因施導尿術後。或傷風尿閉者。或腎盂成口術而暫設引流者。治以此術甚宜。

腎及輸尿管膿染菌 Pyogenic infections of kidney and ureter 病原不一。(甲)漂團循血運傳至腎臟。如膿菌血症舊名稚串瘴。致腎患佈性炎。並生多小瘴(膿腫。)散於腎質。名急膿性腎間質(胭)炎。亦有祗生一大瘴者。若腎患石、瘰(結核)、疽(癌)等症。加以膿菌。則更劇烈矣。(乙)腎質如染膿菌。極易傳至腎盂。致患膿炎。後此或染及輸尿管、膀胱、尿道等。則名膿性腎盂降炎。(丙)膿菌從膀胱上升至輸尿管及腎。如有原發性膀胱炎。或因尿道窄。前列腺(胱底腺)變大。膀胱石等病。致膀胱發炎上傳者。夫輸尿管係斜過膀胱壁。且有肌纖維環繞管口。故不易向上傳染。倘管口之粘膜亦炎。生粘液塊而塞其口。則細菌遂易由之上升矣。又有藉粘膜之淋巴管上傳者。因輸尿管與膀胱之淋巴管相通故也。若祗患膿炎。則名膿性腎盂升炎。倘兼因輸尿管不通脹大。則曰腎共盂積膿。(丁)由比鄰器官染及者。如由直腸或闌尾。直腸者由淋巴管傳。闌尾炎則由瘴之穿腎或輸尿管。抑或由其滲質之累及該管。在女子、因其尿道短。故能從陰門循尿道上傳。 常見之細菌。乃葡萄球菌(球點稚)。鏈球菌(鏈點稚)。或結腸桿菌(胴桿稚)。結腸桿菌見於膀胱炎

(一)腎盂炎 Pyelitis 此症乃腎盂及腎盞(小卮)俱炎。有時輸尿管亦然。其重要之病原如下。

(甲)因腎石、或在癲性者。有尿酸晶經過尿道。(乙)瘰患(結核病)。或原發於腎。或由膀胱上傳。(丙)由膀胱或尿道膿炎之上升。(丁)腎惡瘤。(戊)間或由浮動腎所致。(己)因服惹藥。如洋斑

螌 Cantharides 松節油 Turpentine 畢澄茄 Cubebs 哥拜把 Copaiba 等。(庚)異物。如針、鎗彈、寄生蟲、如住血裂體蟲等。(辛)膿菌漂團(膿栓)傳至腎血管。(壬)或因傷風。其輕而在初期。或祇爲卡他耳炎。但久則多變成膿炎。

病體 病原雖異。病體則同。粘膜盈血變厚。泌出粘液性膿或膿。因粘膜腫。故輸尿管上口受阻。致腎盂積尿。若有細菌侵腎。如由膀胱脹所致者。則腎與盂患膿性炎。其後或生尿性瘴 Urinary abscess 於腰處。或腎圍組織患膿性炎。

病狀 在病腎處痛。捫之亦然。小便頻。尿性酸。間時帶膿。因粘膜炎腫。塞輸尿管上口。故腎盂暫積膿尿。以至漲滿。能逼開其口而出。倘以上之患。係繼慢性膀胱炎而起。酸性之尿在膀胱內則變鹼性。病者夜間發熱。

治法 宜治其病原。若有石或異物。可施割術。若由膀胱上升者。宜先治膀胱。若祇卡他耳性炎。則令之偃臥。煖衣。飲食宜溫和之液體。並服烏羅透品 Urotropine 及鹼性與安撫藥。倘病狀不減。或腎痛。尿內帶膿。則恐有石。可用X光線驗之。或須將腎盂剖開暫施引流法。

(二)**腎與盂共炎** Pyelonephritis 此係腎盂與腎主質(正胴)同受患也。其炎多屬膿性。其病原或由膀胱炎上升。或因腎或腎盂結核(瘰)或石等症。

病體 凡盂炎者。腎盈血。若較久、更在腎盞染菌者。則致腎間質患次急性炎。迨後菌侵腎錐體(等)。沿淋巴管或腎微管上行則生瘰。散見於腎之結締織中。或腎微管內。皆有妨腎之排泄功用。散見之小膿點。或聚合成大瘰。致在外亦能辨認。但尋常在大瘰未成之先。已因中菌毒或中尿毒而斃命。由膀胱上傳者。或忽起。病狀甚急。此多因施割術。或施導尿術於膀胱染菌極甚之時。其菌沿輸尿管粘膜之淋巴管。上升至腎盂。如此則或多生黍形瘰。散於輸尿管壁。

病狀 (分慢急兩種)急性者。起始發劇烈之寒戰。髓背頭俱痛。嘔吐。甚渴。倦睡。或至昏迷。寒戰或再發。或熱不退。但中尿毒或將現此狀者。則温度或過低。腎變大。捫之覺痛。尿少或全閉。尿色極深。含蛋白與膿或血膿。判症結局。其繼膀胱久病而起之最危者。幾係絕證。約中尿毒而死。二腎受累者尤然。其不甚急者。如少年繼桿菌性膀胱炎而起者。病勢往往於數日內減輕。而且暫瘉。但尿多帶桿菌。或至再發。有時瘰患踵至。

慢性者、發熱先輕漸增高而爲潮熱類。腎略變大。捫之覺痛。尿含自腎盂來之上皮細胞(膚胅)。或腎管模尿性先或酸。後則變鹼。病進行。熱度愈高。患者消瘦。胃口不開。消化不良。夜微昏譫。倘非去其病原。或治療得手。則易中尿毒而死。若能療其病原。或可痊瘉。但腎終受損害。且稍變硬。

治法 急性者宜偃臥。令其温煖。多食液體類。如牛乳薏米湯等。酒及鴉片忌用。可用熱氣浴法。

濕布裹法。皮下注射披路加便 Pilocarpine 令之發汗。並服水瀉藥。如渣笠 Jalap 士金無年 Scammony 等。腰處敷熱濕布。或施火罐術。倘尿仍極少。或全閉。或有生膿現象。則以剖開腎臟而引流腎盂爲要圖。其功效有時甚迅速而昭著。慢性者當去病原。但醫者須知若不審愼而施術。可使慢性變爲急性。大概先宜灌洗膀胱。如用會陰剖膀胱術。較擴張或割開尿道之窄處爲有益。設因前列腺變大。或膀胱生石。則在未施該手術之先。灌洗膀胱數日。以減少染菌之險。又宜令患者安臥。暖其衣服。勉其多飲液體類。倘尿多含結腸桿菌。則宜以本人之該菌製成伐克辛。注射其身數日。且漸增其份劑。但或無大效。因菌居尿路。不易受血之影響也。且病者移居海濱。日久更有裨益。

(三)腎與盂積膿 又名 **膿腎** Pyonephrosis 此係慢性腎與盂炎。兼腎盂輸尿管擴張。由尿路受阻所致。若祗一腎患之。多因石或瘰症。致輸尿管粘膜腫而尿路被塞。倘因尿路下段被塞。往往兩腎並患。腎盂之粘膜發炎變厚。或致潰瘍。其腐壞之尿及膿。積於腎盂及腎盞。且或有軟而易碎之燐酸化合物石漸長於其內。所積之膿。或成腎瘻。腎圍組織炎亦係常見。

病狀 與腎及腎盂共炎相似。惟兼腎脹大。腰處作痛。捫之亦痛。尿間時帶膿。平常微熱。夜間尤甚。因吸收膿菌之毒也。體漸消瘦。舌乾。不思食。或惡心嘔吐。小便常少。若兩腎皆患。則尿量漸減。

卒至中菌毒或膿毒或尿毒而殞命。

治法 若因尿道或前列腺病。致兩腎受累者。宜治病原。若患祗在一腎。非繼膀胱與尿道等之病而起者。可剖開該腎。有石則或出。無效、則引流其膿。抑或割除病腎。

(四)**腎瘴(膿腫)** Abscess in kidney 約繼上述諸患而起。蓋菌由下上行至腎。積膿於腎盂而然。抑或因菌串瘴症(膿菌血症)。或隨傳染性熱症後而起。在急間質性腎炎者。其瘴初小。而多生於腎微管間或微管內。腎錐體紅白相間。因膿侵入之故。錐體底之外質亦生數瘴。若相合則成大瘴。在菌串瘴症類。其腎被膜下先顯脈塞瘀。色紫褐。作楔形。後生膿而色黃白。腎變大。捫之覺痛。在外亦往往可捫知。但鮮有動浪可查。膿或穿入腎盂。由輸尿管排出。但因尿路被塞所致者則不然。炎易藉腎質外傳。致患膿性腎圍組織炎。 病狀與急性腎與盂共炎者相似。 治法將腎盂割一口。引膿流出。或割除病腎。 較慢者。其原大抵爲瘰性。腎大過常度。腰處發腫。但尿未必帶膿。因輸尿管不通之故。

(五)**腎圍組織炎** Perinephritis 若未生膿。不能辨認。 病原或因外傷染菌。或因腎盂及腎蓋之潰瘍累及。或因腎或盂生膿。雖壁未穿而菌外侵。或被附近器官之炎患所染。如腸、闌尾、胸膜、脊柱、肋骨等炎。

病狀 有急性慢性之別。急性者。有腰深處生膿之狀。如腫硬。作痛。發熱。初或有寒戰。身之運動板滯。不能自然。偏於受病之一側。若生膿。按之或有動浪。但因瘴位甚深。故初不易捫知。其瘴每向骶棘肌(舉脊肌)外邊穿頭。或往前穿腹肌之間而由腹前壁破出。未破之先。皮下血盈及水腫。間有穿入腹膜或胸膜或腸者。慢性者。其病狀不顯。迨成大瘴。始可捫覺。有時不生膿。祗使腎與隣件粘連。致施腎割除術難而且險。

治法 生膿者宜在骶棘肌外邊剖開。細探瘴穴。察其病原。施以相當治療。

腎瘰(結核症) Tuberculosis of the kidney 腎瘰分三種。(甲)身體患急佈性瘰症 Acute general tuberculosis。全腎佈以黍形瘰粒。惟無特別病狀。患者每係小兒。然無法可治。(乙)由膀胱瘰患上延至兩腎。輸尿管及腎盂腎盞之粘膜皆變厚。而爲腫性肉芽組織。中有瘰粒。卒由腎錐體侵入腎質。患者多係青年男子。因易患生殖器瘰症。 病狀兩腎變大。半因腎內積有瘰粒。半因輸尿管被塞之故。初起難辨其爲腎瘰。抑或爲膀胱瘰。間或繼患腎圍組織瘴。病者因力耗竭、或血中膿菌毒、或尿毒而不能救治。 (丙)原發性腎瘰 Primary tuberculosis。 多患在一腎。初起有瘰粒積於腎外質。或腎錐體底處。有時早累及腎盂。以致潰瘍。或侵腎質而變爲豆腐樣質。慢性者卒或積石灰質(鋁礬)。甚至能映見於X光線之照片。累及腎盂者。致盂患瘰性積膿。後

延及輸尿管。甚或達至膀胱。患瘰之輸尿管變厚而硬。因粘膜受瘰粒所侵之故。尿及膿液之出路受阻。在甚久者。輸尿管收縮。阻其在膀胱之出口。有時腎臟生膿。爲變厚之輸尿管所阻。無法排泄。膿性腎圍組織炎。亦或繼之而起。致成瘺向外穿頭。

第四百二十六圖

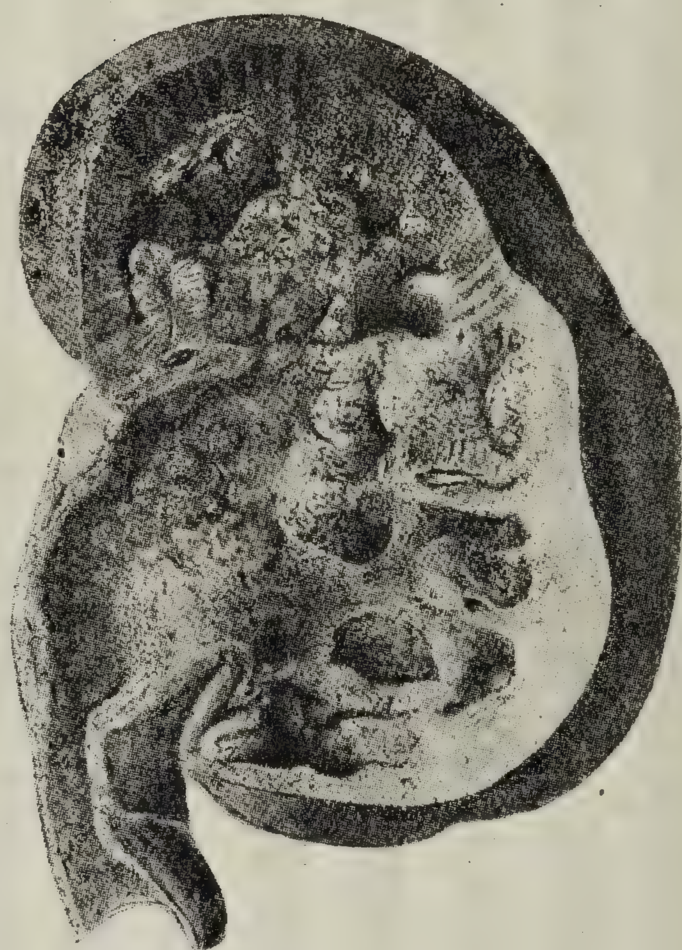


Fig 426 TUBERCULOUS KIDNEY, SHOWING THICKENING OF MUCOUS MEMBRANE OF PELVIS AND URETER

腎瘰症顯示腎盂及
輸尿管粘膜變厚

病狀 初難診斷。患者多爲青年。而男多於女。常欲小便。腰一側痛。無論晝夜動息皆然。痛爲痠痛類而恒久。惟遇排泄粘膜碎塊或豆腐樣質時。則忽劇烈而略似腎疝。尿性酸。兼帶膿少許。或可查見瘰桿菌（結核桿菌）。其菌每不易驗得。宜用遠心器。且培養其沉澱物。或接種於畜類。始可診斷。帶血者少。在病之初期。有時有蛋白尿而無膿。查其腎略變大。初無捫痛。其後腎體頗大。內含多膿。甚或含燐酸化物（硄礬）石。則捫之覺痛。病者體漸消瘦。生盜汗。晚間發熱。

診斷　若驗尿內不見瘰桿菌。則屬疑案。因此症與腎石之病狀相似也。故當視其年齡。詳詢其病歷。及居家細情。並診察其他器官（如生殖器）曾患瘰否。用細菌學法察驗其尿。往往即可解決。且在瘰症其痛少關動息。尿血及腎疴亦較腎石者少。捫之亦不甚痛。又不若腎石之較為常見。以X光線照之。亦可定石之有無。但豆腐樣質發生石灰化者。亦可照見。驗以窺胱鏡。於初期在近輸尿管口處。或可發見瘰瘍。或見該處縮回。因輸尿管變為一固體索也。苟終莫辨。則割開腰處診察之。若係腎石。則腎外面平整。色深紅。如有數處變軟者。乃藍紅色、且腎盂與輸尿管上端每弛緩而脹大。倘係腎瘰。則其面有斑點。呈土色。捫之有硬疣。係豆腐樣質所成。壓之則成液體。剖之則流出豆腐樣膿。輸尿管上段常變厚而硬。輸尿管之情形。或可由直腸或陰道診斷之。

治法　初起可用療瘰常法。（見一百四十二頁）服幾阿蘇 Creosote 十五至二十滴。每日三次。用療瘰素小劑亦有益。至於施割術。不可耽延過久。免病勢擴大。當剖腎診察時。若見患處不大而未累及腎盂者。可割或刮去其瘰質。塗以流形石炭酸（卡波利酸）用紗塞其傷穴。或可治之。有將腎外質割除一楔形之塊。而縫合其傷口者。若症勢蔓延及腎盂輸尿管。或腎內有多臭膿之袋。則不能施此術。倘彼腎無病。可將此腎割除。並取出輸尿管受累之段。在腎圍組織生瘴者。宜割開腰處放膿。且可由此探腎。或須割除則割除之。

腎石 Renal calculus 患此者多見於尿中易生砂性之人。（見一千〇九十八頁）夫腎之結質 Concretions 初爲晶形。出自腎微管。尋常微小。流入腎盂。過輸尿管達膀胱。若晶大或形異。或腎微管窄者。則不能排出。而棲止於腎質或腎盞。久則集聚增大。遂變爲腎石矣。腎石往往不甚大。但間或腎盂全部及數腎盞盡爲其佔據。而塑成盂盞腔之形。若腎盂有多石。約常相擦成小面。用化學法驗石質。則知其多爲尿酸。或尿酸錏（錏尿礬）Ammonii Uras 所成。有時爲草酸鈣（鍇草礬）Calc-oxalas。或燐酸鈣氫（鍇氫硫強礬）Calcii Phosphas Acida 所成。

病體 視石之大小形式多寡及位置而異。若石在腎質。約無大礙。蓋爲肉芽組織及纖維被膜所包。然有時致壁潰瘍。及膿性腎圍組織炎。如此則石或卸入瘻穴而自行由腰處排出。或被除去。結果遺一尿瘺。倘石固定在腎盞之一。則制其活動。或成膿性腎與盂盞炎之患。腎質則大受斲傷。腎盂擴張。腎圍組織炎。亦或踵至。成膿與否不定。後亦或致尿瘺。倘石佔據腎盂。致盂發炎。且因粘膜腫。並石之堵塞輸尿管上口。而阻尿下法。故盂脹大。而有腎積尿或積膿之患。若石往下經輸尿管。則致腎疝。形小而滑者。則易達至膀胱。後隨尿溲出。或停留於膀胱而爲膀胱石。石大或形殽者。往往塞於輸尿管上段。致尿路不通。則該腎不能泌尿。迨後變壞。倘彼側之腎已失其功。或兩輸尿管同樣被塞而不救治。則病者數日內因尿閉卽死。是名石塞尿閉。更有石潰穿

輸尿管壁。致患腹膜後尿瘻。或間致膿性腹膜炎者。若輸尿管不全腎。塞則變較漸。結果致腎盂積尿或膿。

病狀 腰處常痛。且每爲陣性。運動或顚簸時尤甚。常射至遠處亦痛。平常循生殖股（陰陽股）腦經致股前痛。兼睪丸（精腺）提縮。（在女且射至大陰唇亦痛）有時股後處亦痛。小便頻。兼帶血。並或有膿。動作則膿血更多。若腎盂擴大。則腎易捫得。且捫之覺痛。若石在腎質。雖顯特殊之痛。然泌尿之功無大影響。如側臥受患之一側。則痛減。雖按之略痛。但腎不甚變大。若石在腎盂或腎盞。則顯上述之表樣病狀。夜臥爲偏於無病之一旁。因腎變大壓之覺痛也。間有大石在腎內多年。無病狀發現者。

腎石炎 Renal colic 此係石過輸尿管而現之狀。痛在腰處。暴發難堪。並循生殖股腦經而傳。常有嘔吐。腦力衰極。其人倒地。因痛輾轉。額汗如珠。體溫降低。脈弱而快。常顯急淋狀 Strangury 頻欲小便。祇出少許。中含血。若石已過輸尿管入膀胱。或返升及腎盂。則痛忽止。

石塞輸尿管 Impaction in the ureter 在腎盂口之下二寸。或近盆上廉。抑或近其膀胱口。尋常祇一石。罕有大於咖啡豆者。多係長形。如棗核。有時石留於輸尿管內頗久。尿能略爲通過。其體積漸大。腹壁薄者或可捫着。倘在管下段。則由直腸或陰道或可捫得之。 痛歷數日或數星

期。兼尿含血。且痛處愈下降者。卽可擬爲此症。若以X光線察之。石之影較下於腎。腎小者猶爲易見。其結果或致潰爛管壁。穿入腹膜後而生瘻。或防害腎功。致不堪泌尿而殞命者尤爲常見。間或兩腎之功同歸於盡。一因石塞。致尿反壓所致。無病之側。則因反應而致尿亦閉也。

第四百二十七圖

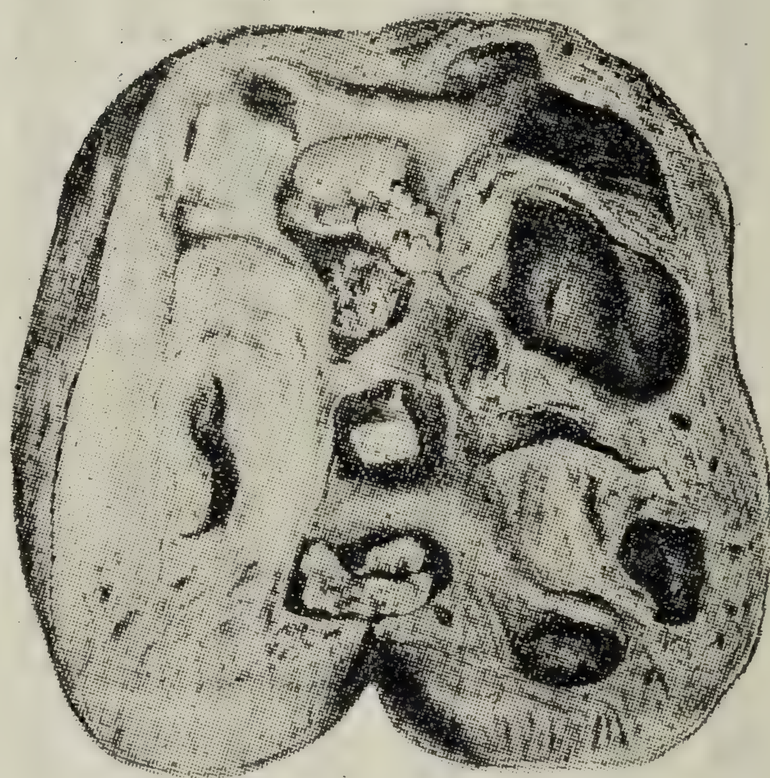


FIG. 427 CALCULOUS KIDNEY

腎石病

石塞尿閉 Calculous anuria 此係石塞輸尿管之一種重狀。起時腰部忽痛。歷二三日或止。其始尿未全閉。每次出數兩。色淡透明。間有尿量過多者。若尿閉七八日。則必中尿毒。但不全塞或先有腎積尿者。則滯緩中尿毒之初起。恒嘔吐。脈緩而宏。後漸變亂。瞳縮肌微戰。體溫低於常度。惟昏迷及瘛瘲罕見。無氣促狀。

診斷 若無尿砂及腎疝之病歷。則殊難斷。與腎瘭極易混淆。其辨別已詳該症診斷法。現行確定腎石或輸尿管石有無之法。係照以X光線。除純粹小尿酸石外。其餘悉可映見。

X光線診斷法已詳前。倘猶有疑義。最便者間二三日。再作第二次之斷定。如腎內有小石因故暫緩剖割者。莫妙於施手術之先。行使X光線之判決。因曾有石於間期內。從腎移位至輸尿管下端一二寸內。而無移位之狀足資辨認也。

治法　初期當治生石之弊（一千〇九十八頁）飲食起居宜有節。令其飲鹼性水類。或服枸橼酸鋰（鋰檸礬）Lithium Citrate與硫酸鈉（鈉硫強礬）Sod. Sulphate之調合劑。並多飲開水或蒸水。以冀其石消沒。或助其流入膀胱。有時因病者靜息。其石或可被結締織（連胭）所包。則病狀漸退。卒可隱沒。　腎疝作時。宜用熱水坐浴。飲熱物。用嗎啡及阿刀屏Morphia and atropine注射皮下。如痛更烈。則吸哥羅方。　曩者僅憑病歷或狀以定腎石。故宜立施手術與否。實一疑問。然當時嘗有名醫謂。腎石實寓危險。雖未致疼痛。苟非情不得已。必割除之。迄今電學大明。此說益足徵信。故一經發見腎石。非有不得已之阻礙。宜卽割除。在尿含膿血多而發熱者尤宜。倘兩腎俱生石。亦可由兩腎割除之。恒下尿砂者。亦可施此術。蓋取出大塊石後。調節飲食及服藥。可以制止石之再犯。

腎石割除術　Nephrolithotomy　剖開腰處。細心將腎自其接連物分離。牽之至傷口。如此大半可以露明。然後細捫其腎及盂。並輸尿管上段。診察石在何處。若捫之在腎體中。宜割開取出。

雖流血甚多。然以指插入傷口。或在腎門(臍)壓動脈。血卽易止。若捫之不得。可用針刺入探之。仍不得。則在腎外廉對中線微後。適在三分之一下與中分相交處剖開。達至腎盞。用指及探條細探腎盂內。有時宜擴大其傷口。方可捫得。若石小則較難。倘腎盂脹大殊甚。且前曾洩膿尿頗多者。宜謹愼勿使周圍之組織受其染。宜以紗塞傷口之一切角穴。並令助手壓按腹壁。尋常由腎外質剖割。較佳於直接剖開腎盂。但以爲腎盂割口難癒合。且易致尿瘺之說。則不盡然。蓋輓近外科家。多審愼的按石之是否便於由腎盂取得而施行之。用腸線正確縫合刀口。大抵速痊。但線脚不可侵及粘膜。取石器乃用敷裹鑷或匙。須防小塊流入輸尿管。若分枝之大石。常緊貼腎質。宜割一大口。剝開腎質取出之。尋常不必灌洗盂腔。倘或脹大生膿。始可用昇汞(銾氯強鹽)或過錳酸鉀(鉘錳上礬)之熱溶液灌之。腎傷口未縫之前。宜細探輸尿管。但爲之不易。宜在腎盂割一小孔。便可探及。後用連界氏縫術 Lembert's suture 縫合之。流血每因深縫腎質可止。不然則另用海綿或紗塞其傷口。無庸在腎質中用線縛割斷之血管。如血不止。宜用褥縫術。且緊結之。後將腎復還原位。平常宜用引流管插至腎傷口。然後乃可如法縫合腹壁。

欲探查及顯露輸尿管。割口須劃向下前。與腹股溝韌帶(髂腠筋帶)平行。而向腹股溝管(腠道)將腹膜及其內物悉推向內。遂可向下踪索附麗於腹膜後壁之輸尿管。直至距膀胱不遠。

如有石壅塞輸尿管近下端處。則施行**輸尿管石割除術** Ureterolithotomy 病者作垂頭仰臥勢 Trendelenburg position 手術可採用割破腹膜的或腹膜後的。

(一)割破腹膜的手術 Transperitoneal operation 係在中線割一口。採石之所在。若能以指導至較易接近之處尤妙。然後割透腹膜。將石取出。用一或兩行連畀氏縫術將割口縫合。

(二)腹膜後的手術 Retroperitoneal operation 其割口須與爲縛髂總動脈者相似。推腹膜與其內物向內。即易覓見輸尿管下行於其後方。引石至盆外而除去之。石小者輸尿管縫合與否。結局相等。石大而膿多。最妙則將輸尿管引流一二日。因局部之情形之未確定。故腹膜後的手術。似較安全。石塞近膀胱處。曾有由直腸或陰道割除之者。亦有截去骶骨一塊以取出之者。倘腎臟全行敗壞。則施**腎割除術** Nephrectomy 但有時不宜。特在膿性腎圍組織炎發生瘺管者爲尤然。此則腎質往往全行消滅。或有解碎之石性質充於腎盂。繞以密實纖維瘢組織(筋瘢胭。)除之既難而且危險。其相當辦法。爲除石而潔治盂腔。設或在腰部流膿或尿過多。可採用豪慈氏 P. Holt 法。縛其腎動脈。

腎瘤 Tumors of the kidney 分順性惡性二類。及數種成袋形者。腎變大之狀已詳於上。(見一千〇九十二頁)

順性瘤　(一)散布性袋瘤 Diffuse cystic disease (或曰腎腺瘤)爲先天性。或後天性者。兩側齊患者不少。特在先天性者爲然。腎體擴大。中有袋甚多。袋之大小不一。大概小於核桃。袋裏鋪以扁平上皮(扁膚)。中有淸液。含尿素 Urea 或胆渣素質 Cholesterine 袋或凸於腎面。似彈性疣。後期始累及腎盂。(見四百二十八圖)大抵全腎俱患。其形極大。易於捫悉。間或祇累一處。其原靡定。或因初腎 Mesonephron 留存在腎內。後發育而成瘤。初無顯著之症狀。不過或因腎大而在腰處沉重耳。後則妨礙泌尿之功。卒致中尿毒。若二腎皆患。雖施割術亦屬無益。(二)莿(乳頭狀)瘤 Papilloma 患此者甚罕。生在腎盂內。其結構與膀胱莿瘤無異。患者多係老年人。病狀流血甚多。不易診斷。若施以割除術。不致再患。

惡性瘤　分列於下。

(一)**嬰兒疣**(肉瘤) Sarcoma of infants 此症常由胎生。或嬰兒時代而起。瘤有包。腎體或展薄而包其上。疣細胞圓。或爲梭形。梭形者。常有橫紋如肌絲然(肌疣)能長至極大。或二腎皆患。惟不作痛。亦無血尿。因疣傳佈。或力耗竭。或疣漂團運至肺。塞肺血管而致命。治法腎割除術多收效不良。施術之死數甚夥。且割後不久易再發。割術不難。惟割口宜大。且愼勿傷毀移位之鄰物。如下腔靜脈。若二腎皆患。則無法可治。

第四百二十八圖



FIG. 428 CYSTIC DISEASE OF KIDNEY

腎袋瘤

(二)丁年疙(肉瘤) Sarcoma of adults　患者年在十五至五十歲之間。疙細胞形梭。每從被膜發生。多患在一腎。瘤長大甚速。流血。並或作痛。時或有石在腎盂。約卽係病原。或相因的在他器官亦有子疙。侵過腎包者不少。力耗竭則致命。施腎割除術不甚奏效。

(三)發原性疽(癌) Primary carcinoma　此症罕見。病狀除較疼痛外與疙相同。驗以顯微鏡。始可辨明。然有一狀極與腎疽有關者。卽陰(陽)囊靜脈脹曲是也。此因變大之淋巴腺壓睾丸(精腺)靜脈根所致。故老年人患陰囊靜脈脹曲者。宜細察患側之腎。

腎上腺纖性瘤 Hypernephromata　爲腎瘤中之最普通類。(佔腎瘤百分之七十五至八十)大抵由誤位之腎上腺或副腎上腺(腎上腺胚胭)而起。原發於腎外質之限處。漸次增大侵佔腎盂。堅實。然有變軟及死腐之區。且有幾許因流血所致之深紅塊。切面略現斑跡。及燦爛之黃色區。驗以顯微鏡、其狀態極與腎上腺之束形帶相肖。但醫界不盡據此說。卽以爲關其發生之源。其性惡。藉血管之傳播。致肺肝或骨亦續發子瘤。

腎上腺織性瘤。每見於五十至七十歲之老人。發長不甚速。能致血尿。在後期始顯。且不及腎之他種惡瘤者之恒久。疼痛頗劇。而傳射腰處。分兩類。一恒常之痠痛或甚重而苦煩。一疴痛。因血塊下經輸尿管所致。腎變大。每顯著。惟膨出腎被膜外者則現不齊之形。

治法 倘肺或他處無子瘤之據者。宜割除之。在病久者。手術殊繁難。因周圍粘連甚緊。且或流血甚重也。

袋瘤 Cystic conditions 除散佈性袋瘤已詳於上外。尚有數種袋瘤。須特舉之。（一）**帶蟲蛆袋瘤** Hydatid disease 染腎一如染他器官。起於腎被膜下。抑或腎質。起於腎被膜下者。形圓而凸。在腰處可捫悉。起於腎質者。將腎質擴展。甚或全行毀滅之。且或穿入腎盂。袋過輸尿管。則

第四百二十九圖



FIG. 429 HYPERNEPHROMA
腎上腺織性瘤

作疝痛。其內或生膿。若未破入腎盂。非施割術無可判辨。治法割開腎而摘（剜）出袋瘤。如不效。可引出其液。腎受累重大者。須施腎割除術。

（二）皮樣（胭）袋瘤 Dermoid cysts 亦嘗見之。

（三）漿液袋瘤 Serous cysts 大抵由腎微管或淋巴管阻塞所致。其式圓。多寡不一。由外質凸出。中有淡液。含蛋白（脂）及鹽礬類質少許。若不甚大。則無病狀。治法宜將液吸出。或以引流法放之。若係剖腹發見。且體積頗大者。宜剖開而剜除之。或割去外壁。留內壁與腎被膜連續。

（四）慢粒性腎炎 Chronic granular nephritis 亦往往生小袋瘤。惟無要狀。

腎割除術 Nephrectomy 施此術之故如下。（甲）腎瘰（結核病）用別法罔效。或因已累及腎盂與輸尿管者。（乙）腎盂因石積膿。而腎主質（正胭）毀壞者。（丙）腎盂積液。用姑息療法或引流術無效者。（丁）惡瘤。（戊）腎損傷。如腎與腹膜撕裂者。（己）特殊之輸尿管破裂者。未施割除術前。宜察彼側之腎存在否。並彼腎將來堪勝其任否。察驗之法已詳於上。割除術有二。即由腹或由腰處剖割是也。腹割術　若腎變甚大。以此術割去之略易。因下手之地更大。然腹膜難免不被割開。且易染膿菌。（因腎盂及輸尿管上端每積膿）但易防免。腎割除後。所遺之穴。宜在腰處開一相對之口。以引其流。腹割術之便利處。在可先察彼腎之情形也。

割法　往往無須剖開腹膜腔。因腎約已變大。將結腸(胴)及腹膜自腎剝脫而推向內。若腎與鄰物粘連。宜分開之。外科士宜勉爲割入腎被膜與腎圍組織之間處。理其後面須特別小心。在右腎尤然。因有時與下腔靜脈粘連也。腎既鬆解。則分離輸尿管與腎血管。血管須一一用線縛之。然後以鑷拑其腎端而割斷之。輸尿管亦如是辦理。惟先以紗布圍繞。以備吸收或有洩出之液。所有遺留之段露顯之粘膜。用濃石炭(卡波利)酸妥愼塗之。於是摘出其腎。由腰或腹前設置引流。然後照常法縫合腹壁。經此手術者。頗顯腦力衰微。且死率亦高。　間或腎圍之粘連過緊而廣闊。則祗能將腎自被膜內取出。嗣將被膜扯脫或割破。以露出縛定之腎盂及血管。

腰割術　腎不過大者。可施此術去之。露腎之割口已詳前。將腎自圍織分離。照腹割術處理腎血管及輸尿管。如須探察彼腎。可在傷口外邊割開其腹膜。以手揷入至彼腎之位而探察之。若欲施手術於輸尿管。須使割口加長。循腹外(淺)斜肌纖維之方向至腹股溝處。推腹膜及其內物向前。則可向下幾探至膀胱處。

第四十章　膀胱及前列腺(胱底腺)病 BLADDER AND PROSTATE

診察法 Methods of Examining　若病人自述其尿頻數及他類慢性膀胱病狀。醫士須按定序查其全尿路。先詢其病狀如何發現及係何類並詳查其尿之情形如何隨則施膀胱診察術。(甲)令病者仰臥露出下腹用望捫叩諸法查其膀胱緊張。或因其壁變厚或生瘤而膀胱有異常之抵力否。(乙)按以後詳論之法(見　後)以探條探試膀胱內有石或瘤或粘膜變粗否。(丙)當探條未拔出時以食指入直腸(肛)若係婦女則入陰道。將指尖適對探條。查其膀胱後壁。若係男人亦可按此法以查前列腺及精囊各器官。(丁)令病者小便隨用庫秋管插入膀胱內試其有無餘尿及其若干。(戊)用石碎洗出器(見四百三十五圖)驗其膀胱有小石否。(己)以驗膀胱鏡窺膀胱。此鏡係一直管末作角形鈍而短。內置電燈有銅線由直管通過。燈前有玻璃窗。後置三稜鏡。凡燈所照及之處。從鏡可以視明。如此醫士可由直管外端窺之。未施此器之先宜以水或硼砂溶液灌洗膀胱留餘水約十至十二兩。以防器熱而損害膀胱壁。此法甚妙。但必精於此術者。方能獲效。另有改良驗膀胱電光鏡可將探條由器通至輸尿管(腎胱管)口。(庚)若用上法而未能決定膀胱激惹之由。可由恥骨(陜)上或會陰處。施膀胱割術查之。

若膀胱緊張 Distended bladder　在恥骨上處則顯腫圓。或延至臍處。有時一望即知。叩之則有暗響。惟不似卵巢(卵腺)子宮等瘤之能移動。故與之有別。但可由肛門或陰道診斷之。若有所疑。則插一尿筒。亦可斷定。

先天膀胱症 Congenital affections of the bladder

(一)膀胱外翻 Extroversion of bladder　乃膀胱前壁及腹下壁皆無。致膀胱後壁被內臟所壓而顯露。稍凸於前。在初生小兒。其外翻闊

未及一寸。有凹凸形。輸尿管之口易見。並見其口有尿間時噴出。患者不爽。非獨因尿常淋漓。致腿皮及其周圍常擦破而生癩。更因粘膜被衣所擦。則被惹而作痛。

第四百三十圖

1 膀胱後壁粘膜顯露
2 陰莖遮於膀胱三角處等
3 陰囊
4 恥骨枝

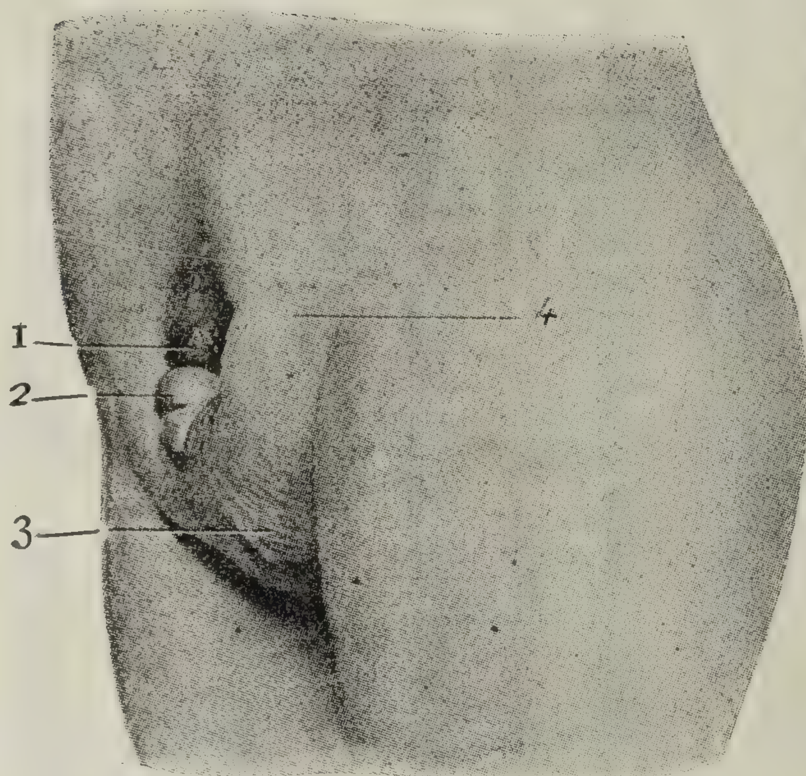


FIG. 430 ECTOPIA VESICÆ

1, Exposed mucous membrane of posterior wall of bladder: 2, glans penis drawn up to cover over lower part of vesical mucosa and orifices of the ureters; 3, scrotum; 4, projection of pubic ramus

膀胱外翻

此患亦兼有無恥骨聯合（骹關節）之弊。因恥骨上枝過短之故。且其兩髖骨外展。骶骨橫徑亦凸向前。因有此畸形。故步狀異常。其陰莖上面亦裂至尿道（尿管）。且移向上而遮膀胱三角處。並其睾丸（精腺）常存留於腹股溝管（脥道）內。若降至陰囊。則必成先天疝。其臍亦無。其原乃因胎尿囊 Allantois （血管帶）前壁。及腹前壁之舒長不足也。迨生產後。則見臍帶之下段變寬蓋着膀胱為其前壁。後其臍帶脫落。致膀胱後壁顯露。

治法 治此最難堪之畸形。不甚滿意。故人總謂以器具收尿為佳。但亦未盡善。亦有施割術以

補其前壁者。其法如下。(甲)田背後斷兩側之骶髂韌(筋)帶。夾兩髖骨使之相近。迨傷口生肉芽卽癒。於是膀胱壁向後成一槽。後易用修補術以作膀胱前壁而遮之。但因此術甚劇。且減少骨盆之拱力。故不甚善。(乙)曾有發明修補術。不斷其骶髂韌帶者。其詳不能悉述。只論其概略而已。乃於露處上剖間皮片。將之反覆於露處。以作膀胱前壁。而縫於下界。再將兩側之皮覆於其上亦縫之。治後痊癒較緩。且多有不爽。因反覆之皮。其毛向膀胱內面而長。致將燐酸化合物(硫礬)聚於其上。(丙)最近有施輸尿管接直腸術者。謂尿入直腸內可留數小時之久。尿出時亦不雜糞。此法較善。但病者有染患隨尿路上串之危險。

(二)**臍尿瘺** Umbilical urinary fistula　此病有時見之。因臍尿(胱)管 Urachus 未長合之故。

(三)有時胎之一穴肛(竇) Cloaca 存留不變。而成肛畸形。(見上)

膀胱損傷 TRAUMATIC AFFECTIONS OF THE BLADDER

膀胱破裂 Rupture　其破裂之故不一。(一)因膀胱漲時。腹下受直接傷所致。(二)有因骨盆折時。膀胱直接破裂者。或因所折之恥骨刺破其膀胱者。(三)有被穿傷破裂者。(四)除損傷致者外。亦有因膀胱過漲而破裂者。其膀胱壁生瘍。或成小袋。致袋內含小石而成瘍者。更易致此。

膀胱破裂。按其腹膜受累與否。分爲二類。夫腹膜乃蓋膀胱後上面。隨摺回以遮臍尿管（臍胱筋帶。）其兩側則列於臍動脈上。其後份則摺至直腸。故膀胱破裂。乃視其腹膜破否而異。

腹膜內之破裂 Intraperitoneal 此較腹膜外之破裂尤多。其裂處乃其膀胱之上份或後份。所顯之病狀。卽腦力猝衰。腹下處痛如火燒。常欲小便。但未有。僅出血少許。大約腹膜炎隨之而起。以致速死。若無善法治之尤然。試將尿筒插入膀胱。常無尿引出。間或帶血少許。但若將尿筒適插過破處而至腹腔（穴）。始可引出甚多之尿。且在腹前壁下可捫出尿筒之尖。若用硼強酸水數兩。注射膀胱。以驗其回流若干。可爲辨症之助。倘膀胱已破。其回流之水或略少。然此驗法亦不甚可恃。

治法 速以剖腹術。用棉球將腹腔所存之尿吸盡。遂卽露明膀胱之傷。若令其作垂頭臥式。其傷處更爲顯然。但尿及炎液倘未吸盡。不可作如此臥式。隨用連畀氏縫術縫合其傷口。切不可併粘膜而亦縫之。當插一柯氏 Keith's 引流管。引流數小時。以便除淨滲液。其腹壁亦照常縫合。卽將病者舁置於床。每日導尿數次。或留尿筒於膀胱內。接以長庫秋管。引尿至床下所備之器內亦可。

腹膜外之破裂 Extraperitoneal rupture 此傷可累及膀胱前壁或底。致尿滲入骨盆鬆結締

組織(絨網)內。若尿已染細菌(毬)。則速起甚重之膿性盆鬆結締組織炎。常因此而至血中毒。或膿毒症(毬串瘧)而死。且盆內之膿多向骨盆上口。或會陰處穿出。　治法　乃於會陰或盆上處。用剖割術任意剖通。若在骨盆上口剖之。大約可至膀胱之破裂處而縫合。或於膀胱底置一大管。令尿易於流出。破裂之處既生肉芽。與腹腔相隔。則可將管撤去。此症之結局。視其尿是否已被菌染及尿存於組織內之久暫而定。

外物 Foreign bodies　由外進入膀胱之物有多種。如尿筒、或探條之碎塊、及碎。竹、針、等物。所顯之病狀。與慢性膀胱炎無異。其物多爲燐酸化合物(硄礬)所包。須早用碎胱石鉗取出。若外物大。或燐酸化合物所包甚厚。可在會陰或恥骨上處施膀胱剖術。在女宜以指展其尿道而取之。

膀胱炎 Cystitis　其原因不一。惟細菌每爲其根。夫細菌有數種。常見者係膿性類。金色膿球菌(金球膿點毬)更多。該菌與化尿素之雙球菌(點毬)。皆能消化尿素而生亞(錏氿)。且常兼有大腸桿菌(胴桿毬)。但大腸桿菌不能變尿爲鹼性。且於鹼質中不易孳生。故若無他菌混合。尿卽酸而臭。菌入膀胱之路不一。(甲)有由上而來者。如腎或腎盂(總巵)有膿性患所致。或細菌由血濾出。隨尿而至膀胱。　(乙)有由尿道上升者。在婦女則甚易。因其尿道短而大。故女陰

(陰門)發炎時。常累及膀胱發炎。在產後亦多見之。在幼女則因女陰染糞。致女陰炎。後則起菌性膀胱炎。而出酸尿。 在男除曾患尿道炎。或施探條染菌者之外。則罕見之。雖探條已消毒。常有粘液貼於尿道壁。致細菌由此而入膀胱。若探條未消自毒易令其發炎矣。(丙)有由隣近之器官來者。係借淋巴管所傳。如直腸有傷。卽易累及膀胱發炎。雖膀胱存細菌未必致患膀胱炎。有時腎多流膿。雖久由膀胱經過。仍不能累及膀胱發炎也。必兼有局部之素因。始致發作。其素因分列如下。(一)黏膜盈血。因傷風之故。在有癲性者尤易。亦有一類人。在傷風時則患膀胱炎。如他人傷風時。則患卡他耳性鼻炎或氣管炎是也。(二)外物之損傷。如胱石。或施手術不善。皆能使該處細菌發生甚烈。(三)最要之原因。卽尿積閉。如前列(胱底)腺變大。或尿道狹窄等是。蓄尿存留而細菌孳生不絕。致尿變腐而生錏(錏沎)。其毒素足以激惹膀胱之黏膜。(四)尿含惹性藥。如洋斑蝥 Cantharis 哥拜把 Copaiba 畢澄茄 Cubeba 等。亦能使細菌得有生機。致膀胱發炎。(五)腦中樞失功。亦爲發炎之原因。在脊髓(脊腦)受傷者多見之。若細菌由腎或直腸而來。雖善用防菌術。如潔淨其手。陰(陽)莖探條等。亦難免膀胱發炎。且屬危險之症。因菌多升至輸尿管(腎胱管)。以致人死。

病理 若係急性炎。黏膜則盈血而變厚。上皮細胞(膚胅)脫落。遂流黏液(洟)。後則變成粘性

膿。其質或甚粘。所流甚多。隨或膀胱潰瘍。或成疖（又名死肉）。有時粘膜皆成疖而脫。或成膜狀炎。膜片常隨尿而出。係纖維素（血絲腥）所成。　若係慢性炎。黏膜亦盈血而變厚。淺靜脈痕大。或致潰瘍。且因小便頻數。膀胱壁則過長變厚。致顯凸出之束。若兼小便不通。則此狀尤甚。其黏膜在肌束之間向外凸出似囊。囊內或生酸燐化物（硗）石。並尿亦變腐壞。有時因生穿瘍。致尿滲出。而患致命之腹膜炎。或盆結締組織（連胭）炎。因膀胱肌過長。而壓輸尿管口。致腎積尿。且常有菌液塞輸尿管口。致細菌上升而腎受染。

病狀　會陰及腹下處作痛。按恥骨聯合（骻關節）之上亦痛。膀胱甚急。常有痙痛而欲小便。（此名急性淋）每次只出尿少許。因所積之尿雖不多。卽被逼出也。其中帶有膿及血。速變鹼性。且多含細菌。　病者發熱。嘔吐。直腸急。因直腸與發炎之膀胱相近之故。其炎多自消散。或變成慢性症。有時炎極惡。致力耗竭。腹膜炎。腎積膿。或血中毒等而死。若只膀胱頸炎。其尿或存留。致膀胱緊張。則其肌弱而失其作用。

治法　寢室宜温暖。以熱布敷於腹下。早晚坐於熱水內。以浸其臀。食物宜用湯類。及屬饒類之流質。服鹼性藥。及鬧羊花 Hyoscyamus 等平性藥。亦可用嗎啡（莫非）Morphin 及顛茄 Belladonna 肛彈以止痛。並減其膀胱急。在病之急期。非有尿積閉。不可用導尿筒。但尿若變腐

甚。則宜灌洗膀胱。或由會陰剖膀胱而引尿。(見後一千一百四十頁)又服防尿菌藥。如烏羅透品 Urotropin 五至十厘 (.3—.6 gm) 每日三四次。撒妻 Salol 十至廿厘 .6—1.3 gm 硼強酸 Acid Boric 十五至二十厘 1.0—1.3 gm 並兼服燐酸氫鈉(蘇打硄酸) Acid Phosphate of Soda 則善。

慢性膀胱炎 Chronic cystitis 此較急性炎多見。其原因約係膀胱壁被惹。如石、瘤、外物、瘰瘍等。若兼有尿道狹窄。或前列腺變大。及尿積閉變腐。阻尿流出。更爲此症之原因。亦有繼急性膀胱炎而發者。

病狀 膀胱急。常欲小便。夜或數次。尿色混濁。若存貯之。則見其底有沉澱物。卽粘液與膿性粘液、上皮細胞。燐酸錏鎂(錏鎂硄強礬)晶。 Ammonii Mag. Phosphas 燐酸鈣(鍻硄強礬) Calcii Phosphas 等。其尿約係鹼性。若係結腸桿菌所染其尿酸 或成臭。並帶錏(錏沘) Ammonia 之臭。含菌甚多。 其痛不甚劇。若有石。或膀胱頸潰瘍。則痛甚烈。身體初則強健。後變虛弱。一因膀胱吸收腐質。一因小便頻數。失眠之故。以致力耗竭而死。或炎質上升輸尿管至腎。致腎及腎盂(腎巵)起膿性炎。(見前章)

診斷 此症因膀胱急。及尿之特狀。故易於辨認。惟尋究其病原則難。診察時。須詢其初起及病歷。亦宜探其尿路。且用顯微鏡驗其尿內之菌、用探條可查出尿道有無阻礙之處。用驗膀胱鏡。

及他法。可査明膀胱如何。膀胱査法已論於前第一千一百三十頁

治法　慢性炎之治法。當先査驗。或可査出其病原而去之。如有石。或外物。宜取出。若因尿道狹窄。則展之。無論其病原能否査出。灌洗膀胱甚爲有益。　其法乃以庫秋導尿筒揷入。接以庫秋引流管。長約三尺。管口有漏斗。高提漏斗。水則易流入膀胱內。隨將漏斗降下。水則返流而出。水入之多寡。乃依病人能否忍受而定。所用之藥水不一。但過錳酸鉀(鈒錳上礬) Pot. Permang. 淡溶液最佳。若用山伊達。Sanitas 十分之一 硼酸 Acid. Boric. 二十釐水一兩 1.3 gm 昇汞(銾氯強鹽) Hydrarg. Perchlor. 五千分之一 中性貴林溶液 Quinine 二釐水一兩 0.13 gm 或硝酸銀(銀氰強礬)溶液 Argenti Nit. 一釐之四分之一水一兩 0.016 gm 亦可。或更替用之。射洗次數。乃依病狀之輕重而異。平常每日一二次可也。　其防菌術。以潔淨醫士之手。病者之陰莖。及器具等爲最要。　用以上之法時。並宜調理病者之起居。其飲食宜平和而無激刺性者。忌飲酒及濃茶咖啡。若必須飲酒。可加水使淡。宜多飲牛乳、米湯、及淡鹼性水類。至論服藥。未有能使鹼尿變酸者。但可服撒萋。Salol 硼酸。Acid. Boric. 安息香酸。Acid. Benzoic, 烏羅透品 Urotropin 庶或有益。惟烏羅透品爲上。因能於膀胱內將尿化出蟻酸也。Acid. Formic. 又服布球 Buchu 烏伐 Uva Ursi 麥奴 Triticum 之冲藥。以利小便。及改症藥。但必皆用足分劑。卽每日服一水磅。或一水磅半 600, c.c. to 900, cc 若

若尿多含黏液性膿。可服哥拜把 Copaiba 蓽澄茄 Cubeba 松油 Ol. Terebinth. 檀香油 Sandal-wood oil 等藥。有用淡鹼性藥射入膀胱者。惟須謹慎。不可濫用。

若由結腸桿菌起者。可用伐克辛療法。Vaccine treatment 但有時不見大效。約因伐克辛入血。而菌居尿內也。病者或不顯病形。惟尿內仍有菌充滿。間時忽發膀胱炎。故宜用鹼性藥。及過錳酸鉀溶液。或極淡之硝酸銀溶液。

若仍不見效。且因不得安睡。及吸收毒質之故。而身體衰敗。必須用引流法。使膀胱安息。其引流之路有二。

(一) 恥骨(骸)上剖膀胱術 此術近多用之。易施而無大險。且結局亦甚佳。法與恥骨上剖膀胱石術同。(見一千一百五十五頁)膀胱既已露出。則用雷恩氏 Lane's 鑷夾穩。由正中線剖一口。其大小以僅能容指探查卽可。隨將一端有數孔之庫秋管插入膀胱。用羊腸細線於膀胱壁縫穩。以免脫落。繼將腹壁之割口。用酒精潔淨之。使與庫秋管挨近。亦用蠶腸線縫合。(但不可過緊) 後覆以敷料。更用一長庫秋管。浸於床邊有水之罐內。用玻璃管一段。與膀胱之庫秋管相接。如此則尿積滿時。卽漸入長庫秋管。復被吸而入罐。又有一妙法。係凱卡耳氏 Cathcart 發明者。用一T形玻璃管。豎端連於膀胱所插之流管。橫端連以一令水常流之管。使膀胱

第四百三十一圖

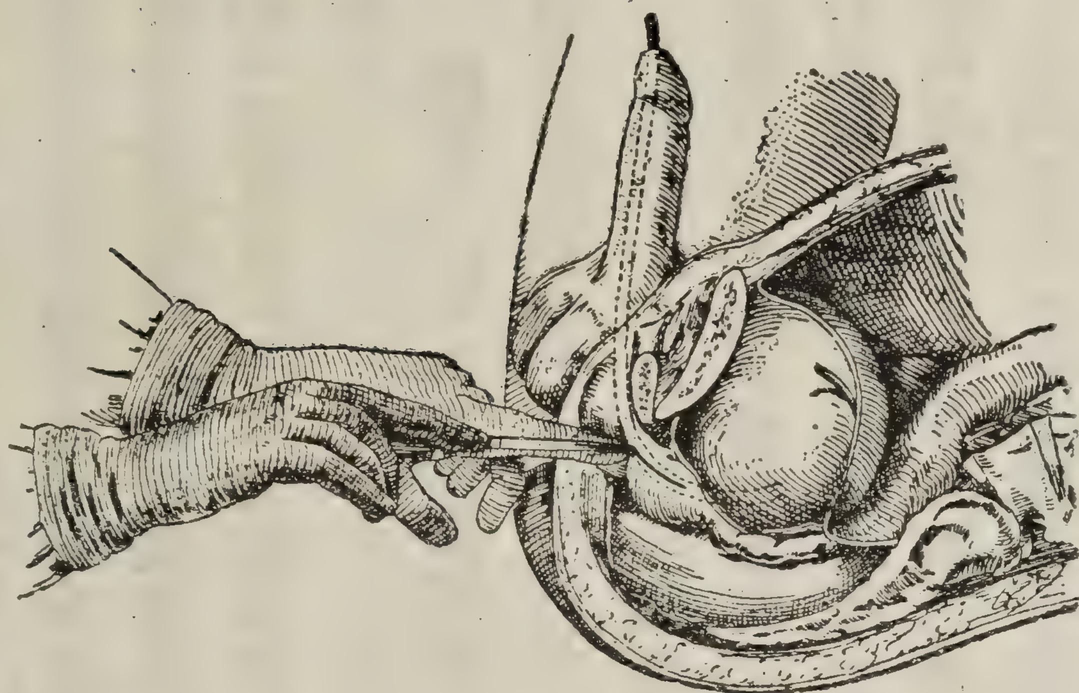


FIG. 431 PERINEAL CYSTOTOMY
會陰剖膀胱術

之尿被吸而出。如此則膀胱空而安靜矣。

(二)會陰剖膀胱術　此術昔時多用。今亦間有用之者。故簡述於下。未施術之先。宜灌洗膀胱。再以防菌藥水數兩。使存膀胱之內。以槽探插入尿道。繼令病者作剖會陰臥式。由會陰正中線割一口。從肛門前二寸半(93 mm)起。至距肛門寸許。剖開會陰之深組織。以左食指引刀使至探槽。由尿道膜部(骹段)刺入。循探槽經過前列腺。開其膀胱。小心將刀拔出。將指輕輕伸入膀胱。隨卽抽出槽探。既以指查畢。則用大號綢導尿筒由割口插入縫穩。更接一庫秋導尿筒。引流其尿。有時宜灌洗膀胱。其綢導尿筒須二日一換。或經七日不用。若病重者。其割口宜久留之。

會陰剖膀胱之加雜病及危險 Complications and dangers of perineal cystotomy (甲)流血。其血之源。乃由會陰之淺動脈。陰部動脈之深枝。前列腺靜脈叢(羅)等處而來。其割會陰(淺)動脈易鑷而縛之。若割陰莖球動脈。或其枝。流血必多。宜開大傷口。尋其流血之點而縛之。若前列腺靜脈叢流血(年老者由此流血更易(則止之較難可見

靜脈之血由深處湧出。或入膀胱凝爲血塊。致膀胱漲痛。若在割時流出。宜射以氷水。更用止血氣墊。或以紗圍引流管塞之。其氣墊乃係綢導尿筒。筒之下段環以秋庫袋。袋旁另有一管。以便吹入空氣。若無氣墊。則用引流管包紗法。將陰道筒之下端圍以紗或絨布而塞入。後將四圍塞滿棉花。若膀胱內滿血塊。宜將指伸入撥散。繼以大口導尿筒插入。用熱水洗出其血。後塞以包紗之引流管。(乙)傷直腸因割口太近直腸。或割不循探槽。每因取出其刀時。誤爲刀尖所傷而不之覺。迨後腸氣及糞出於傷口而後知之。若傷口不大。且近直腸下端。則自行痊癒。若傷大而居直腸上部。後常患膀胱直腸瘺。治之宜割開肛門括約肌(肛圜肌)迨生肉芽而癒。有時宜削其瘺口。而由肛門縫合。(丙)盆結締組織(連膶)炎。因割過前列腺。至膀胱直腸筋膜。或因取出大石。致膀胱頸脹開過大。其尿滲出。致患膿性染炎。而顯劇狀於身體。或至殞命。治之宜食滋養之物。並用激藥。或割開膀胱直腸筋膜。透及直腸內而弛緩其緊張。(丁)有時起升膿性腎與腎盂炎。此患不能預防。已於前論之。見千一百頁。

膀胱結核病(瘰症) Tuberculous disease of the bladder 有原發繼發二類。繼發者較多。約由鄰器官傳至。如腎前列腺睾丸(精腺)等。男較多於女。且多見於少年。由黏膜下組織而起。係粟粒(黍)形結核塊。隨變壞而似豆腐質。生膿。破而潰瘍。其邊凸而下空。初則小而數多。常居膀胱三角處。或近於此處。　病狀與慢性膀胱炎及血尿症同。膀胱甚急。若用驗膀胱鏡查之。並查其尿中有無結核桿菌(穉瘰)。卽可診斷矣。　結局不佳。因潰瘍愈大。致力耗竭。或因患肺癆。或結核桿菌染其全身。或傳至腎而死。

治法 初起多不以爲結核症。誤以爲慢性炎治之。症輕者宜講求衛生。以補養其體。每星期二

三次。宜用防菌藥水灌洗膀胱。及以十分之一之埃朵仿(黃氮)溶液。和以橄欖油或甘油。以一或二錢射入膀胱。又射結核桿菌甲素於皮下。亦有效。若症更劇。宜施恥骨上剖膀胱術。刮盡潰瘍。以電烙線烙之。或抹濃石炭酸(卡波利酸。) Acid, Carbolic. 辨理時病者宜垂頭仰臥。用一合宜之窺器。自其內施行之。但此術未必有靈效。若由腎或睪丸傳及。醫治此二處後。其膀胱病自較輕。

純性膀胱潰瘍 Simple ulcer of the bladder　其病狀。與膀胱結核病甚似。潰瘍約係單一。常附近膀胱頸。或膀胱三角處。致膀胱甚急。而尿帶血。惟尿內無沉澱物。以膀胱鏡察之。可以診斷。有時潰瘍面帶燐酸化合物(硄礬)質。致誤認爲石。治法宜用乳酸(百分之半分至三分)灌洗膀胱。或施恥骨上剖膀胱術。而刮其瘍。以電烙線烙之甚宜。

膀胱瘤 Tumors of the bladder　膀胱壁生瘤者不甚罕見。分順性惡性二類。

順性瘤 Simple tumors　有纖維(筋)瘤、肌瘤、黏液瘤。但乳頭狀(莿)或絨毛狀瘤爲多。

乳頭狀瘤(莿瘤) Papillomatous　此瘤體質柔軟。在膀胱內搖盪。近膀胱三角處。緊貼輸尿管口。其乳頭之組織。係柔軟結締組織。蓋以一或二層上皮細胞(膚胅)。中有血管。其上皮細胞與膀胱內者無異。此瘤有時蒂小而頭大。但無蒂者居多。單一或多數無定。或因增生之故。致膀胱

偏受其累。

病狀 屢次流血。其色鮮紅。隨後則顯膀胱急狀。病之初期。流血之時較疏。後則頻流。其膀胱急狀。約因慢性炎所致。尿既變成鹼性。則出垂絲狀之黏液甚多。因黏液與尿相雜。致小便艱難而顯急淋。有時尿內含有瘤塊。若瘤居近膀胱頸。其乳頭有時浮至尿道口。致被其所塞而不能小便。亦有塞輸尿管口致腎盂(總卮)積尿者。若以探條查視。非其乳頭護有燐酸化合物(硄礬)質。則不能辨明。即由直腸診查。亦不見有異常之狀。若用導尿筒。有時筒孔將乳頭之一小塊帶出。

圖二十三百四第

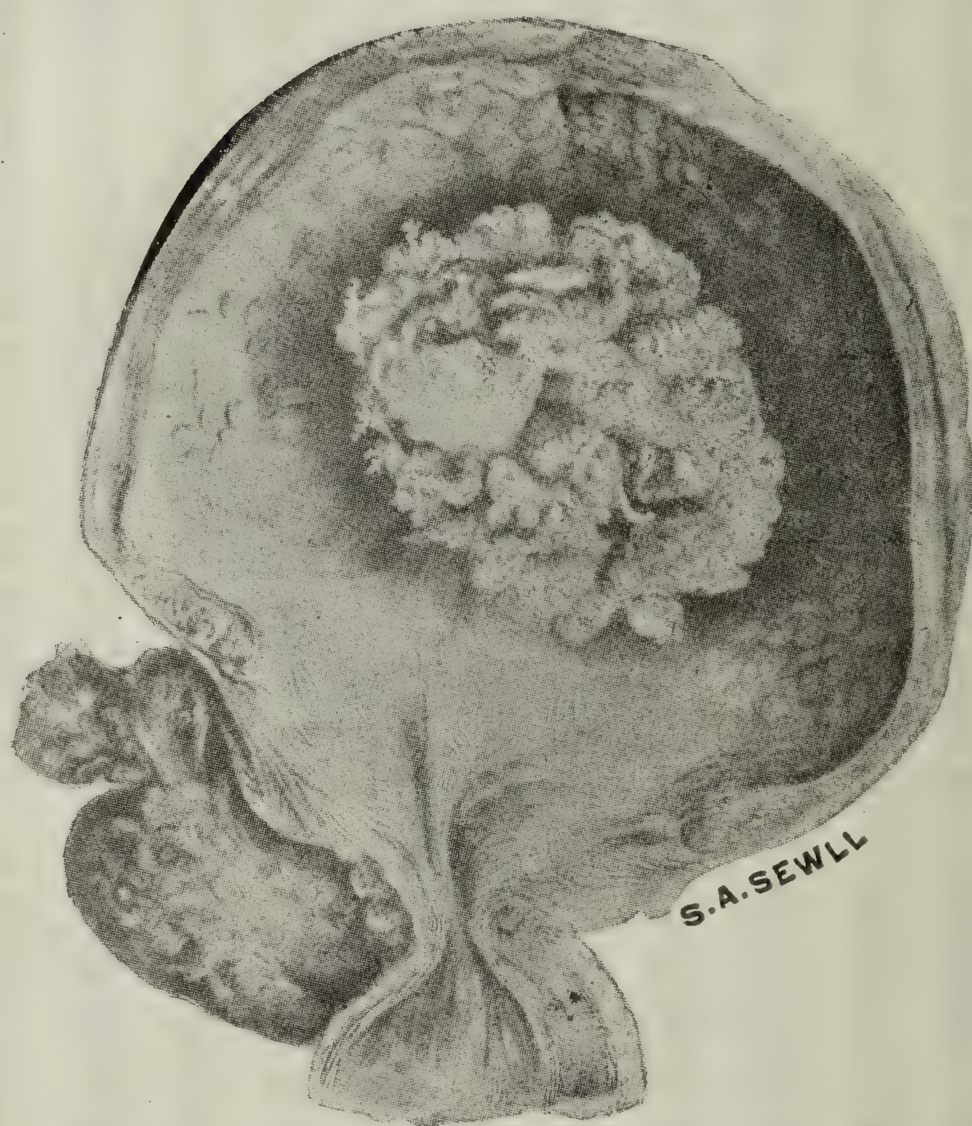


FIG. 432 VILLOUS TUMOR OF THE BLADDER

膀胱乳頭狀瘤

判症結局 非用適當之手術。不能獲滿意之結局。因瘤雖非惡性。究能發生子瘤。後則無法

除盡。致人流血而死。雖有人謂此種瘤能變成惡性。究不甚確。若係單一之瘤。用割術去之。往往結果殊佳。

BLADDER AND PROSTATE

第四百三十三圖

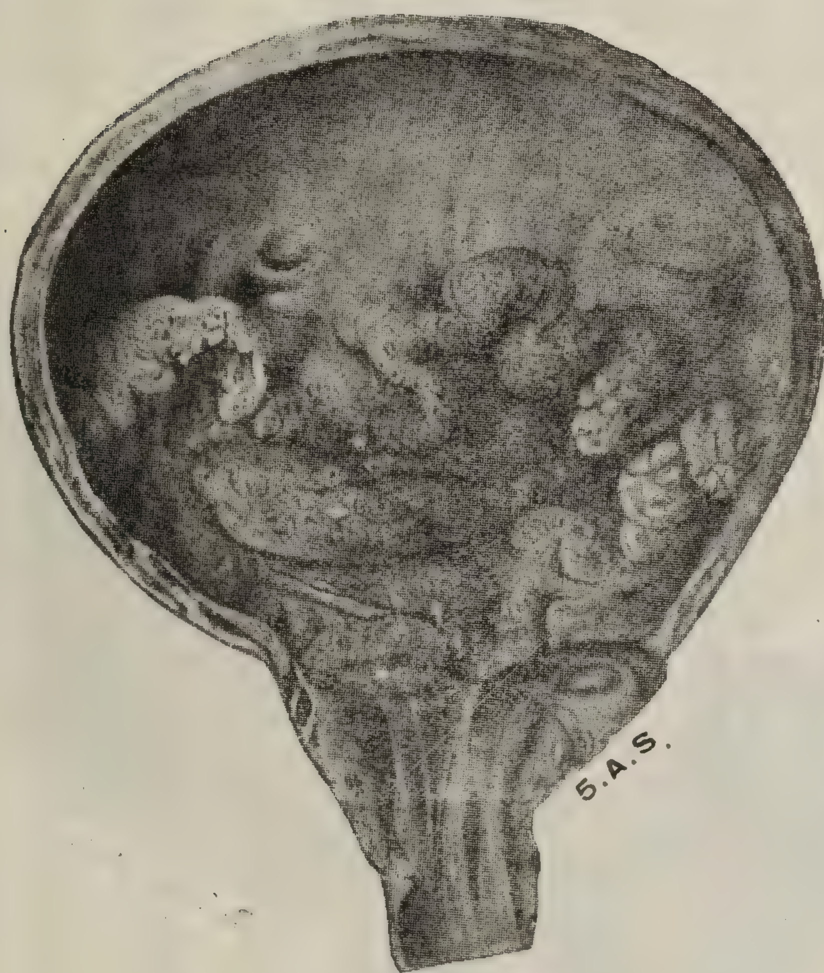


FIG. 433 CANCER OF BLADDER

膀胱癌

惡性瘤 Malignant Tumors

肉(瘤疕) Sarcoma　此症罕見。小兒較壯年爲多。小兒患此。每係多數而有蒂。壯年患此。多係單獨而無蒂。此種瘤生長最速。發展甚大。或延至膀胱外。而累及骨盆。淋巴腺受累亦早。

癌(疽) Cancer　有原發者。有由直腸或他器官傳來者。原發者。約係鱗狀上皮細胞(鱗膚胅)瘤。由他器官傳來者。與原起之瘤無異。(如由直腸起者。其上皮細胞約係柱狀類。)原發者。多起於膀胱後壁之三角處上。前傳至膀胱頸。有時其瘤甚淺。伸入膀胱腔。形如海絨。潰瘍不速。而累及膀胱之肌層亦緩。且侵入膀胱壁。而甚潰爛者爲多。(見四百三十三圖)

瘤面有燐酸化合物一層。凡膀胱之癌性瘤。大抵皆爲乳頭狀。且男較女多患之。

病狀 按其屬何類而有不同。流血。及膀胱急二狀。爲最顯然。若居淺面而爲漸長類。有時長至甚大。始有病狀顯出。惟略覺膀胱急而已。其初顯之狀。卽流血多而不痛。此因其瘤受傷。或有破裂處也。此流血不痛之狀。與乳頭狀瘤同。但較乳頭狀瘤流血更甚而頻。兼亦難止。若有一二次多流血。隨卽發慢性膀胱炎。其後狀與硬而速長侵入之瘤同。此種速長之瘤。先顯膀胱急。後顯流血。且小便艱難。膀胱及會陰處作痛。尿變鹼腐亦速。以顯微鏡查之。則見其中含有瘤碎塊。若瘤延至尿道內口。則小便艱難。若阻塞輸尿管口。則腎盂必致積尿。試用探條探試。則覺其凸硬。若由直腸捫其膀胱後壁。亦能覺其堅硬。若面已潰爛。用驗胱鏡查之。可以見出。 此症之歷程。與他處速長之癌者同。身體速於衰敗。此因膀胱甚急而不得眠睡之故。且於他器官。及腰淋巴腺。亦生子瘤。有時膀胱壁被瘍穿破。尿滲入骨盆蜂窩結締織(絨䐈)。致起膿性炎而死。若漸成膀胱直腸瘺。其人則甚覺不舒。因尿流入直腸。益增其苦難也。

診斷 只有用驗胱鏡查驗膀胱。可決定其是否有瘤。若尿內含有瘤質。亦可以爲確據。在婦女則擴張其尿道。不難以指查之。若兼有尿血。及膀胱甚急。而不知何故。或疑其有瘤者。宜以驗胱鏡窺之。凡在此器官或他器官。欲斷惡瘤之根。皆宜早施割術。故待病狀毫無可疑時。恐已失其

時機矣。是以首要者。卽在乎及早查視也。 順性乳頭狀瘤與淺癌。約於未顯膀胱急之先。卽有流血。凡係乳頭狀瘤。無論用探條。或由直腸診查。約皆不能辨明。惟葉形惡瘤。或可用探條查明之。若係侵入性惡瘤。先覺疼痛。及小便艱難。隔時頗久始見流血。且由直腸診查。或用探條。皆可辨認。若只身體衰敗。及力耗竭。不得爲惡瘤之據。因久有膀胱急而不能安睡者。亦可顯此狀態。

乳頭狀瘤之治法 初起其流血尙未決定果係因瘤者。須服止血藥。如淡硫酸及角麥（了葛。（或松油置於藥殼內。（每服十滴日服三次）診斷已定。則以割術治之。最爲緊要。其法有二。

（一）以透熱法 Diathermy 滅之。欲施此法。必有特器方可。卽用一查輸尿管類之窺驗鏡。惟所附之導尿筒。則以探條代之。此探條之端細而圓。可作電極 Electrode 之用。其餘段則愼爲隔電。電流之一極。有一墊浸於鹽溶液內。放於病者之背後。所用之電流。必須大力而漸增加。將金類之電極。用目力視之。點於瘤上。挨次點徧。其瘤卽變白而枯。此法之手續。雖甚煩難。但收效最佳。

（二）治乳頭狀瘤多以恥骨上剖膀胱術割去之。膀胱既開而查明。卽揷入一管形之窺器。且用一額電燈射光。若窺器過小。不便着手。可距恥骨上寸半處 (37 mm) 將一側之腹直肌割斷。膀胱卽可人爲顯露矣。於是環割各乳頭底之黏膜。隨用線縛之或烙之。以止其流血。後則割斷。用羊腸線縫合。其小乳頭之底。則用電烙滅之。其時助理者宜將指伸入直腸內。托膀胱後壁。以

便醫士施術。若瘤闊大。不能盡行割去。用銑(銳) Radium 療法庶有裨益。卽用適宜分劑之銑。嵌於金類盒內。置於庫秋導尿筒頭。留於膀胱內十二至二十四小時之久。

膀胱惡瘤治法　卽將膀胱一部份或全體割去也。其一部份之割法。乃將受累之膀胱壁盡行割去。其腹膜腔之開否。視其受累之處而定。按前所論者。將膀胱露明。剖離蓋瘤處之腹膜。使之畧遠。隨將瘤及瘤居處之膀胱。一倂割去。畢卽用羊腸線妥善縫合空處。若瘤延蔓甚廣。可將膀胱盡行割去。其前列腺及精囊。或須一倂割去。直至尿道膜部份。若欲如此施治。必先設法使輸尿管通於他處。其法有三。(一)移植於直腸。但此有升膿性腎盂炎之危險。(二)移植於腰部。用引流法以引其尿。(三)用雙腎成口術。由身體之兩側。引流腎盂。如此則病者有雙尿瘺之不爽。繼則施胱膀割除術。此不甚難。但必須小心防止流血。及腹膜腔受染之險。設割去膀胱不宜。只可用嗎啡減輕其苦難。間時灌洗膀胱。惟膀胱甚急者。則惟有於恥骨上或會陰處。作一恆久之瘺而已。

膀胱石 STONE IN THE BLADDER

膀胱石之類不一。總由尿沉澱質合成。各有其特式。見四百三十四圖

(甲)尿酸石 Uric Acid Calculus 多似卵形。扁硬而面光滑。或微凸凹。係栗棕色。剖開視之。則見

第四百三十四圖



A B

FIG. 434 URIC ACID CALCULUS. A, EXTERNAL ASPECT: B, ON SECTION

尿酸石

A 外面 B 切面



C

ENCYSTED VESICAL CALCULUS REMOVED BY SUPRAPUBIC LITHOTOMY

生於膀胱袋之石用恥骨上剖膀胱術取出者

第四百三十五圖



A B

FIG. 435 CALCIUM OXALATE CALCULUS

A, EXTERNAL ASPECT: B, ON SECTION

草酸鈣石

A 外面 B 切面

內質係若干薄片團結而成。外或包以燐酸化合物(硄礬)質。見四百三十四圖B

(乙)尿酸錏(錏尿礬)石 Ammonii Uras calculus 其形與上同。惟色較淺。且其團結之片不甚顯。

(丙)草酸鈣(鍇草礬)石 俗名桑椹石 Calcii Oxalas calculus 其面凸起。利鈍不等。形或欹斜。其質堅硬而密實。亦有數層環片。其色棕紅。有時因染血而變黑。大者甚少。因其增大較漸。且惹膀胱甚早之故。見四百三十五圖AB

(丁)純粹燐酸化合物(硄礬)石 Phosphatic Calculus 純粹燐酸化合物石最爲罕見。惟任何石或外物在膀胱內。約可致膀胱慢性炎。而尿變鹼腐。故其石或外物。必爲燐酸化合物所包。有時膀胱壁生小袋。內含燐酸化合物石。色白似粉。壓之易碎。剖開視之。則見其內無團圍之薄片。其臭甚惡。此石係燐酸錏鎂 Ammonii Magnesii Phosphas 及燐酸鈣 Calcium Phosphas 之質合成。若燐酸錏鎂之質多。則有薄片層層團圍。名爲能鎔石 Fusible calculus 鎔之則變成小珠。間或尿路上段(如腎盂)生燐酸鈣(鍇硄強礬)石。乾則結晶。

(戊)西司汀石 Cystine, 此亦罕見。其色黃綠。形與蠟同。

(己)山汀石 Xanthine, 此更罕見。其色紅。

更有一種石生於膀胱壁之袋內由小漸大凸入膀胱腔。第四百三十四圖C　其小端由袋與膀胱相接處有頸。若因尿在袋內變腐而成者。則石屬燐酸化合物類。有時可致袋壁潰瘍。而有滲尿之患。

石之構造 Structure of calculus　約分核、體、殼三種。(一)核乃由血塊、或乾黏液、或腎石、或外物所成。(二)體有薄片層層圍之。乃尿沉澱質合成。如尿酸、或草酸鈣等。有時各薄層之組成質互異。皆結細晶。被粘液粘合。其片或雜燐酸化合物。或片間隔純粹燐酸化合物一層。(三)殼軟而易破。其燐酸化合物之多寡。在乎炎狀之輕重。有時概無此殼。

石之數無定。有時單一。有時甚多。或至數百。但其體不大。數多者。常因相擦而成光滑之面。

病原　係前所論卽周身有易生石性或生草酸鈣性之故。患者多爲十歲以內之小兒。且富者少。貧者居多。在十至二十五歲者患之者少。但年漸老則又愈爲多見。在女亦少見。因其尿道短而大。故小石易於流出也。水之性質。及飲水之量。與水所含之質。皆與成石有關。故此患隨地方而異。在廣東安徽二省。有多患此病之處。而印度及阿拉伯亦多見之。或因該地係熱帶。身體之水多由汗而出。致腎水稠濃也。

病狀　按石之形式及黏膜容忍之能而各有不同。年少及幼孩患此。膀胱必易受惹。雖其石滑潤。仍致激惹病狀加劇。惟老年人則不然。雖石大仍無劇狀顯出。草酸鈣石惹性較尿酸石大。其

膀胱於顯特狀之先。約有久溺尿沙之患。或有腎石痠痛。有時石入膀胱而病狀仍不顯。諒因石小之故。既顯病狀。則會陰處及膀胱頸作痛。其痛射及腰背股等處。小便已畢。則痛在陰莖端。乃因膀胱肌縮。逼石壓膀胱頸之故。　亦有尿頻之狀。且尿內含血。若行體操或運動。其病狀更烈。故晝較重於夜。當小便時。或忽然不下。若改變身體之姿勢尿方可出。更有因石常逼壓於下。致膀胱甚急者。隨即生痔或脫疘。或致疝。有時陰莖強直。　在小兒。其病狀稍異。因膀胱甚急而夜遺尿。莖頭包皮作癢。與包皮口狹之病狀無異。且常兼有包皮口狹。及膀胱石二症。故在施包皮割術後。宜用探條察其膀胱有石否。

診斷　可以X光線或探查術驗之。若用X光線照法。直腸內不宜存有糞質。置燈於腹前。置照片於背後。若有石。其影則見於恥骨聯合上。若欲施探查術。宜令病者正面仰臥。墊高其臀。膀胱內須留藥水數兩。以免黏膜縮皺。且器具亦易進入。一切須用滅菌法爲之。所用之探條。須大小適宜。且令稍温。並使之滑潤。既小心揷過尿道。則將其柄壓至兩股中。俾其尖漸入膀胱之內。柄式宜長圓。上有記號。可定探條尖之方向。於是輕向左右前後察之。將膀胱全圍盡行探及。若不見有石而恐前列腺變大。其後有凹陷處。宜轉其尖向下探之。若遇石。以探條可察覺。或並有聲。其聲與用金類質擊石同。且因其聲可畧辨其石之大小鬆密。若其數多。可將探條轉動以觸之。

或以胱石夾碎鉗夾一石以擊彼石。最妙者、乃用碎石洗出器。若有石、必觸擊其器。形小而多者。卽可洗出。有時並可洗出袋內之石。醫士宜切記者。有時膀胱過長。其肌束凸入膀胱有似乎石。而被燐酸化合物(硄礬)所包者尤然。或有時其石藏於小袋內。不能探及。或由小袋而凸於膀胱內。若係存於袋內之石。其位置則歷久不移。

病之歷級　若膀胱內有石。遲早必顯慢性炎狀。隨後尿則變腐。此或出於天然。但大抵因探具不潔所致。其膀胱亦過長。若不將石取出。必致黏膜潰瘍。而炎上升至腎。致因力耗竭。兼中腦菌毒。或中尿毒而死。

治法　昔外科士所研究之手術不少。今常用者只有三。(甲)膀胱石夾碎術。(乙)恥骨上膀胱剖術。(丙)會陰膀胱剖術。

膀胱石夾碎術 Lithotrity　昔之施此術者。非一次可除盡。乃先將石夾碎。使其隨尿而出。迨數日再夾之。至石去盡爲止。此術不特多延時日。且作痛而亦冒險。今則用碎石洗出器一次可將其石除盡。名曰碎石灌膀胱術 Litholapaxy。

手術　於未施術之先。宜查視病者之景況數日。若膀胱發炎。可先服藥品。調節飲食。並灌洗膀胱。當使迷蒙時。宜下垂其頭。墊高其臀。用淡性溶液。如硼酸水。灌洗膀胱。內留藥水約六兩許。則

膀胱不至縮皺。其石易於夾出。膀胱壁亦不致受傷。　於是挿入碎石鉗。見四百三十六圖　鉗有陰陽頁。兩頁實而無孔。陰頁乃有一槽。陽頁在陰頁之槽內能往還之。兩頁既夾住其石。則持之至膀胱中央。隨轉其螺旋。石卽夾碎。其器宜以經鍊之鋼製成。以免轉螺旋時有折斷之險。須妙手爲之。因其鉗頭甚曲。不易挿入也。故挿時宜將柄下壓。與兩股間相平。令鉗嘴過恥骨弓(骸弓)而入。

第四百三十六圖

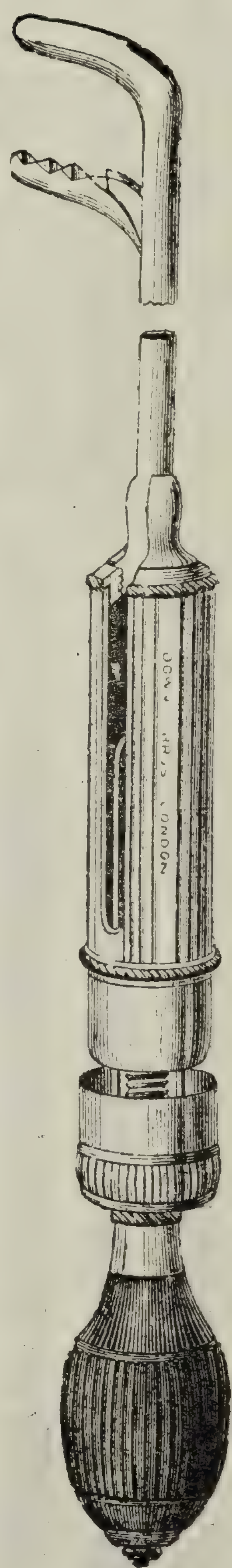


FIG. 436 THOMPSON'S MODIFICATION OF CIVIALE'S LITHOTRITE

膀胱石夾碎鉗

後再轉動其柄以探察之。與施探具術無異。既探得其石。宜將鉗兩頁開張。觸至膀胱後壁。借石之重力自墜入頁內。當石已夾住。卽轉動螺旋。石則破爲數塊。後再將各塊夾碎。若未能夾於石之正中。轉螺旋時。或致其石滑脫。須細心再夾之。外科士若料其石已成碎塊。須儘用大號洗出管挿入膀胱。有時須剖尿道外口之下角。方能入大號之管。隨執以庫秋瓶。以手執瓶。一握一放。卽將石碎激出。墜於玻璃罐中。見第四百三十七圖　至無石觸擊管端爲止。若有大塊不能入管者。可再施

膀胱石夾碎鉗。昔時有用夾具取出其石者。但此甚爲不佳。用此術難免流血少許。但若愼重爲之。則流血不甚。亦無妨害。若多流血。則結成血塊。致膀胱擴張。故須用巨眼導尿筒導出。

第四百三十七圖

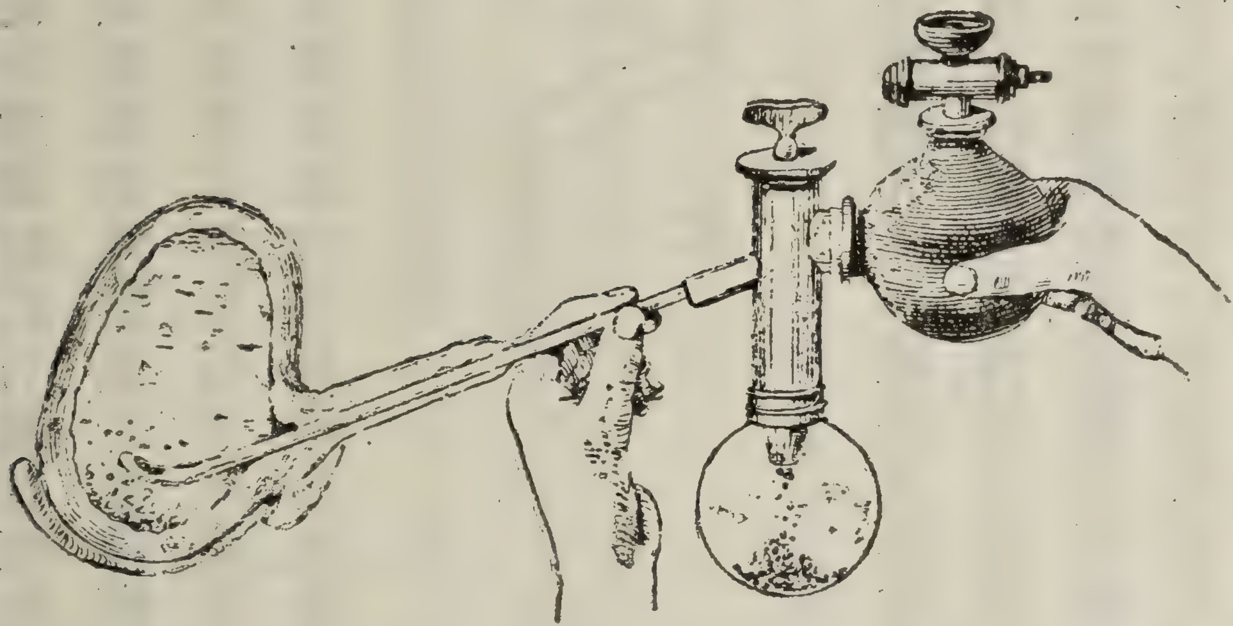


FIG. 437 EVACUATOR IN POSITION IN THE BLADDER

碎石洗出器

後療法　手術既畢。病者須臥於暖室。切禁妄動。並用合宜之法。以防腦力猝衰。其飲食宜用流質類。如作痛。則用嗎啡注射皮下。若頗順利。越七日卽可起牀。有數種後患可隨手術而顯。(甲)膀胱炎。有因器械而致者。惟因膀胱黏膜夙有菌毒者最多。其病狀係次急性。越數日自痊。若加重。則累及周身。且尿內多含黏液性稠膿。而變成錏(錏沘)性。其治法。宜每日灌洗膀胱二三次。以防菌升過輸尿管。致腎與腎盂發膿性炎而致命。

(乙)膀胱肌弱。乃因施此術。或膀胱炎之後患而致。在年老尤然。若腎已有病。恐急性膀胱炎升至腎與腎盂

致顯尿閉。及腦中尿毒而死。治法、宜每日遵無菌法導尿數次。

恥骨上剖膀胱術 Suprapubic lithotomy

昔人用此術而死者甚多。今因有防險之法。辦理極爲順利。先灌洗膀胱。內留藥水約八兩許。病者宜作垂頭仰臥式。墊高其臀。則腸遂墜向腹上處。隨由正中線割一口。自恥骨聯合頂向上三寸。繼則分開腹白線(紋)而剖開恥骨後之峰窩結締織。空氣卽隨之而入該處組織內。逼腹膜向後。以手指捫之。可覺其有緊張之圓物。卽膀胱也。遂用雷恩氏鑷 Lane's forceps 將膀胱夾穩。略行提起。則將膀胱於正中線向上剖之。用食指伸入探查。如有石可用適宜彎形之石鉗。將其鉗出。並宜細察其內仍有石存否。或前列腺有病變大而可割除否。其後療法。乃視有無菌染而異。若染菌。宜用大引流管。藉虹吸法以引出其尿。迨傷處生肉芽。至三或六星期而癒。若未染菌。可將膀胱縫合。其線宜僅入肌及黏膜下組織。不宜通過黏膜。其外傷口縫合或不縫合均可。但必留一小口而置紗條或引流管以引出膀胱或有漏出之尿。有時施手術後。病者不難自洩其尿。若有必須。可按時用尿筒導之。或暫將尿筒留於尿道內。

會陰取膀胱石術 Perineal lithotomy

此術今罕用之。其法與會陰剖膀胱術同。見前隨以指伸入膀胱。探其石何在。後用胱石鉗或胱石匙。助其指取出。勿傷膀胱頸。免致骨盆結締組織炎。若

石大則不宜施此術。

選用取石術 Choice of operation　因近來膀胱石夾碎術最妙。故凡有膀胱石者。若非有忌狀。皆須用此術治之。

(甲)石忌狀　若石徑至寸半餘。用夾石具時。恐致膀胱壁受傷。若石硬。如草酸鈣(錯草礬)石類。則無器具可以夾碎之。若係燐酸化合物石。則其質甚軟。雖夾亦不碎。又有石藏於袋內者。亦不能夾出。

(乙)尿道忌狀。　如尿道狹窄或前列腺變大。則大夾石具不能插入。若尿道有岔路。插入夾具更難。若尿道甚易被惹。插具後則顯甚重之寒戰。亦為一忌狀。

(丙)膀胱忌狀。　若用驗胱鏡。而見其膀胱發炎甚劇。或有小袋者。可施剖術療之。若膀胱縮小。僅能盛尿數兩者。施膀胱石夾碎術。最難而且險。

恥骨上取膀胱石術 Suprapubic lithotomy　其宜用此術之狀如下。(一)石過大不能夾碎者。(二)石居於袋內者。(三)尿道狹窄或前列腺變大者。如割石可并將變大之腺割除　若膀胱發急性菌炎。或縮小者。則忌用。

會陰取膀胱石術宜用之據：Indications for perineal lithotomy　(一)膀胱急性炎甚重。及

甚易受惹者。施此術則易於引流。及灌洗其膀胱。(二)膀胱縮小。而其壁過長者。(三)石塞膀胱頸者。

男孩膀胱石患 Calculus in boys 此乃常見者。因小兒膀胱多在腹。故以施恥骨上剖術爲佳。但近今在東方之外科士。常見膀胱石。多用膀胱石夾碎術。若能挿以六號導尿筒。其石亦不甚大者。可用此術。若有特別之夾石具。及洗出石器。用於小兒甚便。

婦女膀胱石患 Calculus in the female 此甚罕見。因女子之尿道大而短。故由腎而來之小石易出。但患燐酸化合物(硄礬)石者不少見。其石內有外物。此外物或由病者自行挿入。後被燐酸化合物所包。其病狀約與男人之石患同。

治法 如石徑不過半寸或一寸之四分之三。欲行取出。可以指展開尿道。或須間割括約肌(一圜肌)一二處以取出之。但不可將括約肌全行割斷。恐後有遺尿之弊。若石較大。則施胱石夾碎術。倘更大。則用恥骨上取膀胱石術。或謂宜由陰道前壁剖開膀胱而取其石。但恐後成膀胱陰道瘺。故此術不甚佳。

膀胱官能病 FUNCTIONAL DERANGEMENTS OF THE BLADDER

小便一事。其行功甚爲複雜。乃由數種功用協和而成。尋常尿積於膀胱使不流出者。係尿道括

約肌(膀胱圜肌)健縮司之。在小兒此等功用尙未完全。其膀胱逼尿之功較大。故括約肌健縮之功易爲所勝。但年漸長。括約肌發育較爲完全。遂被腦中樞所節制。及至成人。兼有前列腺之助力。故小便非反應功所司。乃意志所司也。司小便之事有三項。(一)因膀胱擴張漸甚。其感覺遂被知覺腦經傳至中樞。(二)因此感覺。人則弛緩其尿道括約肌之縮力。(三)膀胱肌縮。尿則逼出。有時腹肌亦隨意助以壓力。此二類肌各有中樞司括約肌者。在腸系膜下叢。及腹下叢。司膀胱逼肌者。在脊髓之腰膨大部。此二中樞或其一變弱或壞。則結果有異。如括約肌之司功有缺。膀胱肌之縮功則較大。故尿常被逼出。此卽爲遺尿患。反之若括約肌之功加大。膀胱肌之縮功被阻。則成積尿之患。但此等患亦有因他故而成者。俟後再詳。

遺尿 Incontinence of urine

卽尿隨時逼出不能自禁也。可分三類。

(一)膀胱自動性遺尿 Active incontinence

此患多見於小兒。約因括約肌司功未完全。男孩較多。其原因乃爲膀胱過被激惹。如包皮口狹窄。直腸內有蛔蟲或蟯蟲或瘜瘤等。或因尿之比重高。中含尿酸晶。每顯於夜間睡時。至成人約卽痊癒。然亦有至此時仍不癒者。

治法　宜除惹膀胱之病原。若包皮口狹窄則治之。宜令小兒夜起小便。以改其不良之慣性。更服補藥。如砒酸 Acid. Arsenios 貴林 Quinine 鐵 Ferrum 等。並可服藭茄酒 Tinct. Bellad 足

分劑。勿令仰臥而眠。亦勿令於臨睡時飲食。且宜避免一切慾情之感觸。

(十一)膀胱被動性遺尿 Passive incontinence 其尿隨時逼出。非因膀胱漲滿。乃因膀胱頸弛緩。故膀胱內不能留尿。其原因乃屬機械性。如前列腺有大蒂之瘤。致其內口不閉。或被石塞其內口等。亦有婦女因取膀胱石過擴張其尿道。致成此患者。

(十二)膀胱漲遺尿 Distension with overflow, 其原因係尿路被阻。（如尿道狹窄前列腺變大等）致小便時尿不能盡出。（但病者自以爲尿盡）漸積於膀胱。後滴出沾濕其衣。若歷久。則於腹下可見膀胱如一腫圓之物。此患多見於尿道狹窄及前列腺變大者。前列腺變大者。有時能積尿至數磅之多。亦有因脊髓患而膀胱癱。以致此症者。 治法 每日宜用導尿筒引尿。後則可冀其肌功強健。

尿留（又名尿積閉）Retention of urine. 尿不出而膀胱漲。是爲尿留。其病原不一。試分類於下。

(一)機械性之被阻可累及尿道各處。及膀胱。其原因隨人之年齡。及病之情況而異。在嬰孩常見之原因。乃係包皮口狹窄。在幼童則由尿道該石所塞。或陰莖被線所勒。在青年之男人則由白濁症或白濁之雜患。在青年之女子。則由尿道或膀胱有外物。在壯年之男子。則由尿道狹窄。在壯年之女子。則由子宮有纖維(筋)瘤。或子宮之他患壓其膀胱或尿道之故。在老年之男人。前列腺過長。亦爲此患之原因。

(二)腦經患所致之尿留　凡激括約肌之作用加大或使膀胱肌之作用減少皆可致尿留。其故如下。(甲)心被驚恐其括約肌必致健縮。故有於人衆前不能小便者。夙行手淫者或更如是。(乙)腦經功病爲常見之原因。如癔症或腦力猝衰等。亦有因反應之腦經功病所致者。如生殖器附近處受傷或於該處施割術。如割痔疝及陰囊靜脈脹曲等症。(丙)腦經系統病亦能致尿留。如脊髓後索硬症 Tabes。腦硬點症 Disseminated sclerosis。脊髓損傷脊髓瘤等。

(三)膀胱炎亦可致小便艱難。甚或尿留。約因膀胱壁有纖維性間質(架膶)炎所致。亦有繼白濁性膀胱炎或結腸桿菌(胴桿穉)膀胱炎而起者。

(四)有因慣性或事煩而致尿留者。如學校之教員或商店之司賬。因欲小便而無暇之故。

若尿積不出。膀胱則漲滿而擴張。所顯之病狀。視其原因而異。試列於下。(甲)若尿留由尿道狹窄或石塞而起。則阻塞處之後段增漲而破。致尿滲於會陰處。若由膀胱壁潰瘍而薄弱。或膀胱有小袋而起。其膀胱卽破。致尿滲於盆內。(乙)若尿路未全塞而致尿留。則膀胱擴張。尿自行溢出。病者雖暫覺舒暢。但隨後卽有膀胱壁肌弱之患。尿留之治法。隨其原因而異。

膀胱肌弱 Atony of the bladder　此非原於癱患。乃因肌弛緩不能逼出其尿也。其病原與尿留同。有因膀胱一次過於擴張而致者。或因膀胱久有尿留。如割取陰囊靜脈脹曲後。膀胱擴張。

歷二十四小時。而忘導尿者。然最常見者。乃爲老年人前列腺變大或尿道狹窄所累及。症輕者。當小便時。初則甚難。遲片刻始出。其流線甚短。後則滴滴而下。病重者。尿出不盡。膀胱積餘尿頗多。因之變腐而起慢性炎。

治法 若因阻塞而致。宜治其病原。每日導尿二三次。以防膀胱漲滿。服番木鼈素（士的年）Strychnine。淡燐酸（硃強酸）Acid. Phosph. Dil.。及他類補藥。以助膀胱之力。又每星期二三次。以恆流電。一極由尿道揷至膀胱。一極置於腹下。以激膀胱肌。

前列腺症 AFFECTIONS OF THE PROSTATE

急性前列腺炎 Acute prostatitis

多爲淋（瘺瘷）症之後患。由急性期或慢性期而起。其炎卽直延至膀胱。有因尿道狹窄被腐尿而惹而起者。亦有因揷導尿筒而起者。又有人謂由會陰受寒。如坐濕草或冷石上。但其先約已有染菌入尿道之後段。 隨之生膿者甚多。蓋膿菌侵入腺泡（脬）之故。若僅一二泡生膿者。則名泡性膿腫（瘇）若膿傳佈於一葉或遍患全腺。則名主質（正胴）性膿腫。

病狀 膀胱頸作痛。似有重物墜於會陰。亦有反應之痛傳至陰莖頭。病者屢行小便。當大小便

時。甚覺難堪。迨其腺愈大則痛愈烈。起坐愈不安。若由直腸探查之。可捫出其腺大而且熱並覺痛。多有成膿者。致尿積閉。其泡性膿腫有時自破入尿道。或導尿時被探具穿破。膿腫口有時如瓣。祗流膿少許。因而傳散。破入直腸。或破入會陰處。致成直腸瘺或會陰瘺。無論其生膿與否。必有累及全身之狀。並或發熱。若係主質性膿腫。則周身及患處之病狀必更重。其腺尤大。直腸亦急。膿更多。或溢出腺之被膜。而侵入四圍之組織。

治法 令病者常臥。節食。服朴硝瀉藥類。 Saline purgatives 兼銻製(銻礬) Antimony 小劑。或曼陀羅素(鬧羊花) Hyoscyam. 足分劑均可。外用減液術。卽在會陰處施火罐拔法。或用十餘水蛭吮之。以熱水浸臀。亦極有益。又以胡麻子 Linseed 作糊藥敷之。如痛甚劇。則用嗎啡彈劑 Suppos. Morphin. 置於肛內。若留有尿。可用小庫秋筒引出。倘成膿腫(瘻)而未破。或破而其口如瓣。當由會陰正中線將膿腫剖開。以指入直腸內。助其施術。瘻深者。或宜將刀伸入二寸(50 mm.) 乃可剖及。有時其尿隨割口流出。有流至數日者。若兼有淋症。宜用合宜之治法以止其膿久流。若膿腫穿向直腸內。有時可由直腸割開。但苟能不由此割更佳。因恐後日成直腸尿道瘺也。

慢性前列腺炎 Chronic prostatitis 此症多爲急性淋症及尿道狹窄之後患。或爲急性炎之

未全瘳者。

病狀 似有重物墜於會陰處。膀胱甚急。便畢陰莖頭即痛。乃因膀胱縮緊。壓於盈血而易激之前列腺也。所出之質。有似蛋清。尿中亦浮有黏液線。係前列腺管之脫模。由直腸捫之。可知其腺與精囊皆變大。且覺作痛。隨或成慢性膿腫。其瘍破入直腸或尿道。抑或在會陰處穿頭。

辨症 宜與結核(瘰)症辨明。查其病歷與身體之病狀即知。

治法 宜由直腸用柔揑術。以逼出其前列腺泡及精囊泡之質。並用過錳酸鉀(鈒錳上礬)溶液 Permanganate of Potash 灌洗之。與治淋症同。(見前一百二十頁)亦可以有機銀鹽。如阿該落 Argyrol 坡他戈 Protargol 等少許。擦於尿道之前列腺部。庶或有益。若用大探條撐展尿道。壓出前列腺泡內之質。亦大有裨益。並宜細心按慢性淋症之治法治之。(見一百二十頁)

前列腺結核(瘰)症 Tuberculous disease 病原約起自睾丸(精腺)及精囊之結核症。亦有原發者。皆速傳至膀胱、輸尿管、與腎等器官。其腺初有數處似豆腐塊。後其塊變腐。潰瘍甚闊。有時全腺成爲多巢。其病狀即膀胱頸被惹。陰莖端或腰及會陰處作痛。尿性略酸。或中性。且帶膿或血。並內含結核桿菌(瘰稚)。由直腸探察。覺其腺凸凹而大。若精囊已受累。亦可捫出。

治法 宜調理周身。並服補藥。注射結核桿菌甲素。或有效。若祗患一處。可由會陰剖開而刮之。

庶或有益。

前列腺石 Prostatic calculi　此症甚罕見。每隨慢性前列腺炎而起。其由尿道狹窄或先有淋症者尤然。石體小而數多。含有炭酸鈣(錯碳強礬) Calcii Carbonas 質。初伏於腺窩內而無顯狀。若大而凸入尿道。則有尿塞之狀。試探以探條。覺有觸响。或磨擦聲。若石由腺凸出。膀胱頸甚顯急狀。有時多窩融成一囊。有數小石藏於其內。若用X光線照之。或可將症辨明。因石影居於盆緣略下處也。　有時可由尿道取出。但最多者乃由會陰取之。

前列腺變大 Enlargement of the prostate　此症在五十歲以內者罕見。其腺漸大。致小便不利。後累及膀胱。致腎久受膀胱之反壓。以致人死。其原因尚未查悉。大抵無關乎縱慾。有時生長甚大。或大如拳。重約二百格蘭。無病者以十八格蘭爲常。其軟硬無定。軟者則血管多。間時盈血。致病增重。若剖其腺視之。則見組織或爲一律。但常見者爲多數顯明圓硬之塊。被結締組織所包。其外面有界限不清之肌組織一層。內含腺組織。此層與該腺之間質續連。以組成腺之眞被膜。再外有鞘。係骨盆筋膜所成。鞘分兩層。中有前列腺之靜脈叢(羅)。　按組織學論之。前列腺變大。乃係腺組織過長。但常見者係多數腺瘤。居於肌纖維間質所成之結締組織間。有時腺瘤變而成袋。亦有變成纖維肌瘤者。但罕見之。

第四百三十八圖



FIG. 438 DIAGRAM TO ILLUSTRATE RELATION OF THE PROSTATE TO THE SPHINCTER VESICÆ. S.V.

顯示前列腺對於括約肌(S V)之聯屬

甲 前列腺大小如常括約肌居其上

乙 前列腺過長惟無膀胱內葉(中葉)故括約肌前列腺仍在原位

丙 膀胱內葉甚顯括約肌被推往後此係最常者

前列腺變大時。其所致之改變多而且要。

(一)骨盆筋膜所成之鞘變硬而厚。致該腺長向上而不能向下。

(二)其被膜與鞘本密切相連不能分開。惟腺變大者則不然。乃易分離而將腺挖出。

(三)腺與膀胱壁之聯屬亦有改變。括約肌本在前列腺與膀胱黏膜之間。(第四百三十八甲圖SV)若腺變大。則將膀胱托上。但變大處仍在膀胱之外。有括約肌蓋之。然多見者。係腺凸入括約肌。與尿道內口之間而成為膀胱內瘤。(見第四百三十八乙圖SV)所謂中葉是也。(尋常腺無中葉此係旁葉之一長凸而成)有時全腺變大。環尿道內口如衣領然。亦有僅一旁葉或兩旁葉多受累者。其腺漸長至兩精囊之間。使囊與膀胱脫離。而居於前列腺之後。其變大處。多係腺上部。患在精阜

Colliculus seminalis (Verumontanum) 下者甚罕。故射精管(精總管)口不致被壓向後。

(四)尿道前列腺部。及膀胱頸之改變。極不一致。大約尿道加長二三寸。或更多。亦顯尿塞之狀。此或因生有蒂之腺瘤。塞入尿道所致。但罕見之。間或因肌絲由輸尿管口直至膀胱口。致中葉之底略被勒而變窄。似有蒂而能動。或致尿存積膀胱之內。或腺擠入尿道內口。致不能閉合而遺尿。平常則因中葉凸出。致小便受阻。雖探條亦不易插過。若兩旁葉俱大。則將尿道壓窄。若一旁葉變大。則將尿道壓曲。

(五)前列腺變大。影響於膀胱者頗重要。因小便時必須用力。故其壁變厚。其肌束亦因而長大。且膀胱之黏膜凸出肌束之間。成爲小囊。中積尿變腐。或成燐酸鹽(硄礬)質。凡前列腺變大者。常成領形之塊。以繞尿道內口。或只似一二小瘤凸入。致腺後之膀胱份成袋。名爲前列腺袋。此袋較低於內口。故存積餘尿而不能逼出。迨後則起膀胱炎。因被菌染。或因探具不潔之故。隨則其尿變腐。或成燐酸鹽(硄礬)質。腎患亦或踵至。如腎盂積尿或積膿等症。以致於死。

病狀　依其變大之情形及患在何處而異。病者小便時。畧覺艱難。在便初尤顯。若用力。則艱難更甚。尿流出時。雖粗細如常。但似無逼力。隨卽漸顯膀胱受惹之狀。致常欲小便。夜間不能安睡。

會陰罯痛。似有重物墜於其處。肛門亦急。在他處或因常逼墜而成痔。間時因受寒溼。前列腺盈血。致痛加重而小便更難。若善療治。其急狀約數日可漸退。　尿愈被阻。每次所積之餘尿愈多。致膀胱肌失力而弱。甚至膀胱漲極。致尿滴出而濕其衣。亦有餘尿變腐。致膀胱發炎而更急。及肌痙攣之狀者。因發炎日久。則尿變鹼。且含黏液膿。及燐酸鹽等類。若不施治。則累及腎與腎盂積尿或積膿。其身體因膀胱常急。並吸收菌毒之故而衰弱。終或累腎病。致腦中尿毒而死。　間有病初起。病者自不覺知。雖小便頻數。亦不以爲病。此等病者。其膀胱雖極漲。仍不覺知。迨因傷風或酒酒而尿完全積留。始覺有病。以尿筒導之。可引出甚多之尿。有時病者陰莖強直。致行無禮。而不知愧恥。

圖九十三百四第



大長亦分部內胱膀其大長腺列前

FIG. 439 ENLARGED PROSTATE WITH A LARGE INTRAVESICAL PORTION

診斷　約依其自述之病狀。其探查其尿道與直腸而定。若係老年。其膀胱約晝夜均極被惹。且用力出尿。而尿出更難。並有膀胱擴張之據。皆可指明阻礙之處在前列腺。若由直腸探查。即知

第四百四十圖

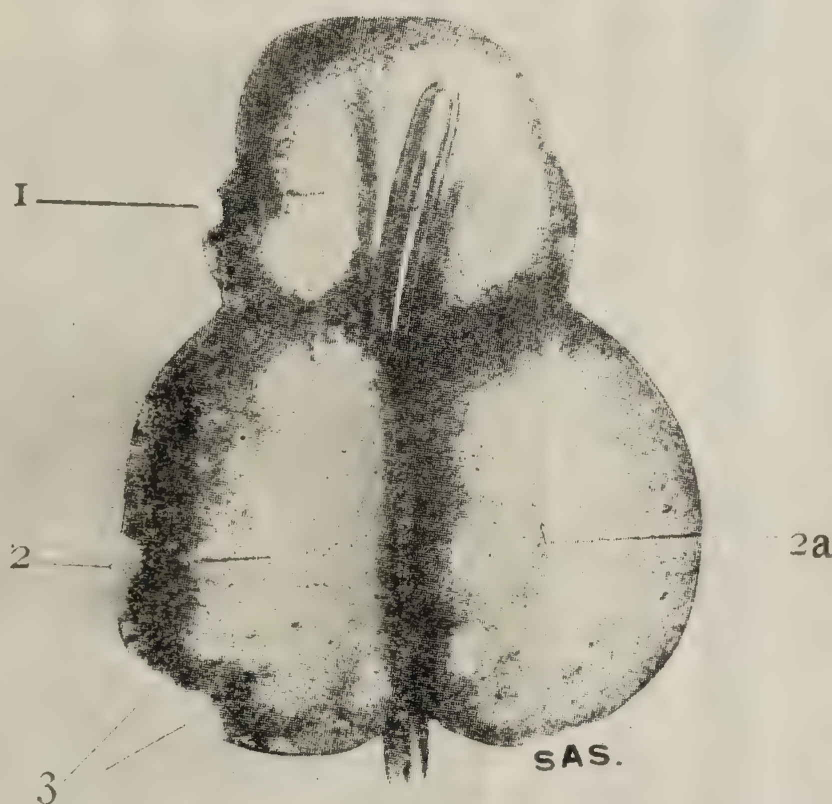


FIG. 440 ENLARGED PROSTATE AFTER REMOVAL BY SUPRAPUBIC OPERATION

The catheter indicates the position of the urethra: 1, The so-called middle lobe, or intravesical projection behind the internal meatus: 2 and 2a, the lateral lobes: 3, indicates the nodular adenomatous masses which constitute the bulk of the swelling.

前列腺變大之出割術剖上骨恥施

置位之道尿示指筒尿導腺列

塊瘤腺(3)葉旁(2及2a)葉中(1)

前列腺變大。但不能因其所變之大小。而指明塞狀之輕重。因有時雖覺變大不甚。而阻塞之狀則甚劇也。若小心用探條而難通過。則知其膀胱頸必有阻塞處。若小便時痛如刀割。即指明其或係有石也。前列腺變大。與前列腺疽之區別見後。

治法　在病狀不重之初期。每日宜按時置導尿筒。以防膀胱漲。或令病者自插。但前列腺中葉橫列尿道者。尿筒多不易插入。且不能插以常用之筒。須以綢導尿筒。如仍不能入。則用雙曲頭或單曲頭導尿筒。此器軟直。末作雙曲或單曲。見四百四十一圖ad若係極難插過而膀胱漲甚者。外科士始可用銀製前列腺尿筒。其器較常用之筒更曲而長。無論用何法。皆須令器自過塞處。切不可用力插之。所用之器。亦須小心用防菌法。大約大筒較小筒更易插入。　在初用尿筒之十餘日。切忌傷風。有時用導尿筒後其人

發熱。越數日自退。但有加重致發膀胱炎者。不及一月卽可致死。其原無定。或因尿道染菌。或吸收菌毒。或因器具不潔。但反射性的腦經紊亂亦不無關係。其治法、若輕者宜令安臥節食。服桂林。或可服鴉片。並利其大便。

第四百四十一圖



FIG. 441 CATHETER COUDE AND BICOUDE

a單曲頭導尿筒　d雙曲頭導尿筒

在導尿期內勿過於勞動。食物不宜過飽。忌房事及騎馬傷風等。若尿酸。宜服鹼藥。以減輕膀胱之受惹。若此爲之。可望數年不加重。有者間時前列腺盈血而作痛。膀胱急。小便益難。約因病者傷風。或於酒不甚留意所致。須令其煖臥。早晚以熱水浸下身。食液體食品。如牛乳、大麥水、最佳。勿飲茶及咖啡。大便須極暢利。兼用熱水射直腸。以煖前列腺。隨用顛茄肛彈。俾其爽快。每六小時。服燐酸氫鈉(酸性鈉硫強礬) Acid Sodii Phosphas。曼陀羅酒(鬧羊花) Tr. Hyoscyamus。烏羅透品 Urotropin 之調合藥一劑。若能免用導尿筒更佳。但必用則用之。在出尿極難者。可將尿筒恒置於膀胱內。若因尿留積而不能導出。或膀胱炎甚烈者。可用恥骨上剖膀胱術。凡甚顯前列腺變大之病狀者。多願忍受手術。使之出尿如常。較勝於每日用導尿筒之煩難也。

前列腺割除術。Prostatectomy 雖原爲馬吉利氏 McGill 等醫士所發明。然使此手術有今日之適用者。實係男爵伐瑞耳氏 Sir Peter Fryer 妙手所成全。致老年人甚獲其益。未有更勝於此術者也。但必須精心審其病適用割術否。亦須有妥善之預備。始能得完全之效果。凡前列腺甚硬而不甚大者。約係惡性瘤。平常不宜以割術治之。若尿甚腐而膀胱炎甚劇。用恥骨上剖膀胱術。灌洗膀胱。爲取前列腺之預備最佳。宜量病者每日出尿若干。則知其腎之功用若何。蓋施割術而腎功有缺。則爲枉然矣。且須詳酌病者之身體如何。更須查其血管有敗變否。並查心之功用。　近有人多討論用此術將全腺由筋膜鞘內割除。抑或只將過長之組織由腺體內挖出。雖二者皆可。然此約按其所用之技術而異。若腺甚大者。因其已變爲腺瘤。本被(包)膜亦甚薄。故難免不將腺及被膜一併除去。外科士所當行者。即將全腺盡行割去也。是以宜於筋膜鞘及腺被膜之間。將腺剖離。其路有二。即由會陰處爲之。或由恥骨上處爲之也。以余視之由恥骨上者爲佳。

恥骨上割除前列腺術 Suprapubic prostatectomy 施術時當用淡硼酸溶液灌洗膀胱。且留膀胱內約六兩。令病者作垂頭仰臥式。剖開膀胱。詳查其腺凸入膀胱之份。以左手食中二指着庫秋手套插入直腸內。將腺托向前。並使其穩定。用右食指撕裂中葉後之黏膜。以便易入括

約肌及前列腺之間。而挖出其腺。若腺小而硬。則挖出較大者更難。至於射精管。及腺血管。挖割時皆被裂斷。尿道之前列腺部。能存留與否無定。前列腺既已剖離。則可將全塊挖去。若分向兩旁。則由旁割去其腺。而尿道腺部。仍必存留。平常流血不多。若多、則以導尿筒引熱鹽水。或硼酸水灌洗膀胱。後由傷口下角將一大庫秋管插入膀胱內。隨繞管將膀胱壁縫合。以免尿洩出。再將剖離之肌縫合。並繞管縫合其皮傷口。上敷滅菌紗及厚層棉。以便吸收流出之尿。常用嗎啡肛彈。或灌射澱粉調鴉片酒。Starch and laudanum enema 以止其痛及肌之抽搐。以後所用之療法無定。最佳者約將傷口之紗及棉。每四或六小時更換一次。但此法所用之敷料甚多。而價亦昂。故有外科士喜用愛爾溫氏 Irving's 器。此器係一玻蓋。覆於傷口。以彈性帶勒住。俾其與傷口吻合。器上有一管。引尿流於股間所繫之尿瓶內。此器非但省敷料之費。且病者得以潔淨。惟因常須仰臥。且器壓陷傷口甚深。或致傷口之瘉功有阻。 每日宜由恥骨上傷口灌洗膀胱。越數日血及小腐塊必皆流出。既流盡。則生肉芽。而庫秋管亦可拔去。(約二三日)迨至一星期。再將尿筒置於尿道內。以灌洗膀胱。病者宜早坐起。以防肺起雜病。經二三星期。自能小便而瘉矣。其膀胱之功用亦如常。但膀胱頸日後間或縮小。必用探條擴張之。

會陰割除前列腺術 Perineal prostatectomy 先以胱石槽探插入膀胱。乃直剖或橫剖會陰。

至見尿道膜部（骱段）及前列腺尖。隨由恥骨上將膀胱壓下。將腺鞘裂開或用刀割破亦可。遂以食指將腺挖出。或謂施此術。尿道少有受傷者。然亦無定。

若病者不欲施割術。或其身體虛弱。而導尿不能減輕其病狀。可於恥骨上作一恒瘺口。常用收尿之具。其常法乃於恥骨上處剖露膀胱。割一小口。插以庫秋引流管。此管宜有一二旁孔。隨將腹壁傷口繞管縫之。並將管縫一二針或扼之於皮。以免滑脫。越數日瘺口既成。則將管拔出而潔淨之。

前列腺癌（疽） (Cancer of the prostate) 此係老年之患。雖爲罕見。但多於昔日所逆料者。約係硬性類。有時亦有軟性者。此二類皆能速延透腺鞘。其初期之病狀。與單純性前列腺腫大之患同。但其進行。始雖甚緩。而其痛及不爽之狀。則較單純性者爲甚。其痛往往射至股後下及小腿。日久則顯血尿狀。由直腸探查之。則覺有硬塊。此塊幾與四圍組織貼定不移。繞大塊之周。亦有小硬塊。捫其腹或覺有子瘤累及腰及腹之淋巴腺。間或腹血管及腦經亦受壓。身體甚顯衰憊之狀。大半只可用姑息療法治之而已。

第四十一章　尿道及陰莖病　AFFECTIONS OF THE URETHRA AND PENIS

尿道病　AFFECTIONS OF THE URETHRA

先天尿道畸形 Congenital malformations　**無尿道** Total absence or occlusion　尿不能出。而膀胱、輸尿管及腎皆漲。患此之小兒產生以後必速死。亦有小兒生時。臍尿管（臍胱管）未閉。後於臍處成尿瘺。尿由該處而出。若胎一穴肛（竇）（Cloaca　存留。則尿由肛門而出。此皆罕見之病也。

上裂尿道 Epispadias　有循陰莖上面全路皆裂者。有只裂一段者。有謂此病非係尿道上壁裂。實乃下壁裂。蓋由陰莖扭轉。其裂轉上也。　有尿道外口居於莖頭上。而莖頭裂成深槽者。此甚罕見。常見者。乃尿道外口居於陰莖脚（根）。適在恥骨聯合（骱關節）前。其莖必不完全。若尿道全路皆裂。則膀胱亦必外翻。若未全裂。可將其旁之皮剖離。翻於槽上而縫之。此等療法。詳見外科手術大部書。

下裂尿道 Hypospadias　此症較上裂爲常見。可分三類。（甲）莖頭尿道下裂　Hypospadia glandis

尿道外口居於包皮繫帶(莖頭下摺)處。此類包皮較大。形如風帽。墜於外口前。(乙)莖體尿道下裂 Hypospadia penis 陰莖小而短。尿道外口向下。致小便時甚覺不爽。亦有其口甚小者。須割而擴張之。(丙)會陰尿道下裂 Hypospadia perinealis 此係尿道全路下壁裂至會陰。陰囊亦裂開。形如陰唇(門)。莖小而不完全。且貼於陰囊兩半之間。似陰蒂變大。此類症因其睾丸(精腺)未降至囊。故難辨其爲男爲女。有者至二十歲始知其不爲女子。

治法 若畸形小。而外口居陰囊前。則不必施割術。若外口居近陽囊。令人小便不爽。且恐不能交媾。宜用裂兩旁或包皮之皮。造一尿道。若全路裂者。宜先將莖之粘連處剖離。並將襯陰囊裂之皮剖離。翻轉而成爲尿道後段。陰囊兩半用線縫合。其尿道前段。則用造尿道法治之。

尿道破裂 Traumatic laceration of the urethra 常由會陰受直接傷所致。如失脚時。兩股張開。會陰道觸於欄杆或木棍上。或因會陰受踢傷等。或因盆骨折。尿道膜部(軟段)被骨刺所傷是也。其尿道全周被斷。或只下壁破裂。

病狀 會陰處作痛。腦力猝衰。血由尿道外口滴出。陰囊亦有血滲入而脹。若病者之小便尚能自禁。善爲療之。則尿不至滲入。因傷處在尿道括約肌之下故也。若已小便。其尿必滲入會陰及陰囊之組織。無論尿道全斷與否。後則傷處必變窄。成爲硬纖維結締織。致難於張開。

治法 傷輕者。若大抵只有尿道粘膜裂開。而會陰不腫。則宜安臥。不可用探條。若傷處被尿所染。致成尿膿腫（瘻）。則宜割開治之。 若料其尿道已破裂。切勿用暫時療法。宜在會陰處剖開。盡去血塊。縛其血管。而後挿以庫秋導尿筒。用細腸線繞筒縫合其兩端。 若兩端皆有重傷。宜割去其爛處。縫合兩新面。無論如何。宜留導尿筒五六日。後則逐日用探條探之。 若尿筒不能入膀胱。或尿已滲入。宜割其陰囊及會陰數處。放出其血與尿。俾傷處露明。後則挿以導尿筒。直至能用指捫出筒末。則剖露之。引入膀胱之內。此法甚難措手。有時宜久吸迷蒙藥方能成之。但不必縫合尿道之兩端。因縫之亦必脫落也。若因腫甚。至導尿筒不能挿入。則令病者躺臥數日。俾尿由傷口流出。迨血塊化盡腫消。再施導尿筒。既已挿入膀胱。須留數日。俟尿道續連。再行拔出。

外物 Foreign bodies 有時有外物塞入尿道。如尿筒之一段。或筆針簪等。致尿被阻。且累及粘膜潰爛。或成尿道圍膿腫（瘻）。甚或致尿外滲。若用探條探之。則知有物阻塞。若物近尿道外口。則易用鑷取出。倘不能取出。則可割開尿道取之。然雖經心將尿道縫合。後亦難免不成尿瘺。曾有人以有帽之針壓入尿道。因針帽多向膀胱。故不易取出。宜壓針尖穿過尿道下壁。透皮轉移其尖。俾針帽向尿道外口。則易於取出。

石塞尿道 Impacted calculus. 小兒顯尿積留之狀。多由石塞而起。有時其石可於尿道壁捫出。病狀及治法與外物者同。如石近膀胱頸。宜壓之使返入膀胱。後用胱石鉗夾碎取出。

純性尿道炎 Simple urethritis 除由淋症起者外。獨有數原因。在婦女、若陰道有激性之液。能致此患。如白帶、結腸桿菌等。亦有由探尿道後。或石過尿道。或患痛風(癩)而出含砂之酸尿。致起此患者。其病狀與淋症同。惟所流之液較淡。且用顯微鏡查之。不見有淋雙球菌。其治法宜服鹼性及朴硝等類瀉藥。Alkalies and saline purges 並宜忌酒。若病重。則服樹脂類。以淡藥水注射尿道。

尿道瘜肉樣瘤 Polypoid tumors of urethra 此瘤生於尿道口。與婦女尿道口之疣無異。色紅而血管多。有時疼痛甚劇。其治法宜割去其瘤。若血流過多。則用電烙線止之。瘤大者。宜縛其蒂而後割之。

上皮瘤 Epithelioma 尿道生此等瘤。多繼鄰器官之惡瘤而起。如前列腺等處 但亦有係原發性者。多爲尿道狹窄之後患。乃於尿道成腫硬之瘤。其細胞侵入四圍。外口亦流膿血。小便時極痛。若用探條探之。痛加重而流血加多。雖探條易入。但瘤面則覺澀而不平。最佳用驗尿道鏡查之。宜將陰莖全行割去。

尿道狹窄 Stricture of the urethra 平時尿道之壁。本相合而扁。及小便時。則變爲圓管。若尿道壁之構造有變。功用卽不完全。如是則成尿道狹窄之患。按此症分三類。卽痙攣性狹窄。盈血性狹窄。機體性狹窄是也。

攣痙性及盈血性狹窄 Spasmodic and congestive strictures 此二類常相兼而起。盈血性狹窄乃因粘膜盈血而變厚。致尿難出。急性淋症。常顯此狀。痙攣性狹窄其故不一。(一)因機體變窄者。傷風及酒後。可致此患。(二)因揷導尿筒而起者。(三)因會陰處之尿道被惹。如踢打等傷。或久乘不適宜之馬鞍。及自行車鞍等故。此類傷約暫顯積尿。只宜坐於熱水中。多用温水射入直腸。若無效。則施導尿筒。不可用力。恐裂其盈血之粘膜。先試以庫秋筒。苟不能入。則用銀筒可也。

機體性狹窄 Organic stricture 此因尿道壁生瘢痕組織。致尿道不能擴張也。

病原 (甲)隨久流液之淋病。或屢患此症而起。凡有慢性炎者。每致該組織變硬而尿道亦然。且其壁變厚。兼硬而縮。(乙)梅毒(癨)初瘡所致之尿道瘢。與石塞尿道所致之潰瘍或尿道膿腫(瘇)癒後之收縮。皆能成此患。(丙)尿道受傷破裂成瘢。乃係此患最難治者。

患位 多在尿道球(莖蒂)內。卽在尿生殖隔(三角靭帶)之前。有時在海綿體部。或外口處。前

列腺部不患之。若非因受損傷。在膜部亦不患之。平常祗一處收窄。有時或三四處收窄。此患之形式不一。環尿道者。名環窄 Annular. 其未全環者。名弧窄 Bridled 似帶包繞尿道者。名帶窄 Ribbon-shaped 變彎者爲曲窄 Tortuous 硬厚者爲硬窄 Indurated 易於展開速於縮復者。是謂彈性窄 Resilient 尿不能出其窄處。又不能導以尿筒者。是謂不通之狹窄 Impassable

病狀　人各不同。小便常難。尿流甚細。分乂或曲。且需時較久始能溺盡。溺畢猶滴不已。其後膀胱顯急。終日小便頻數。尿性變鹼。多含粘液膿。及燐酸化物(硃礬)。狹窄愈甚。致尿難出。而膀胱之餘尿愈增。後則膀胱膨脹。故於腹下處顯有腫圓緊張之物。叩之有暗响。尿滴愈多。常致濕衣。而有尿臭。並流似慢性淋症之液。若遇冷濕。或受感冒。或中酒。則尿全積留。有時病狀不顯。至成尿積留始知。

病體　可分五段。(一)狹窄處前段之尿道多爲正式。但或有假路之口。有時在狹窄處之前端凸出肉芽少許。(二)狹窄處有瘢性結締織粘着於粘膜之下。廣狹無定。兼圍尿道有侵入質。(三)狹窄處後段之尿道擴張。粘膜如絨而易裂。尿道窩及他腺之口亦張大。其邊或潰爛。後因淋巴管之吸收。或尿滴滲入。致尿道之圍組織炎。遂患會陰膿腫。破而成瘺。若尿道幾至全塞。則尿必滲入會陰及陰囊。(四)膀胱壁之股因逼尿使過塞處。則變大而厚。其肌束亦變厚而粗。壓

力漸增。粘膜則伸突於肌束之間。致成小袋形。且因久炎。盈血變厚。或潰爛。淺靜脈亦脹曲。或破而流血。其尿變鹼而腐。含粘液膿及燐酸化物。在袋中之尿或成燐酸物石。或袋壁潰爛。或破而尿滲入蜂窩結締織。以至斃命。間或膀胱膨漲。但因其肌弛緩而不變厚。故膀胱壁甚薄。（五）腎與盂並炎。及腎盂積尿。是爲繼患。其原一因向上之壓力。一因染菌過輸尿管。升至腎盂及腎蓋。

診察 Physical examination 欲知尿道是否狹窄。宜探以十號之導尿筒或探條。探其狹窄何在。若不能插入。則用更小之探條可也。 導尿筒之式甚多。昔多用銀製之。其彎宜合式。眼宜大。邊宜內捲。防其穿裂粘膜也。銀筒之優點。乃因潔淨較易。其末易於捫着。近來柔導尿筒之式不一。其優點乃少激刺尿道。但其劣點。乃易被防菌藥所壞。且難通過狹窄處。並不易捫出其末何在。 柔導尿筒防菌之法。最佳者、乃用蒸汽經過

第四百四十二圖

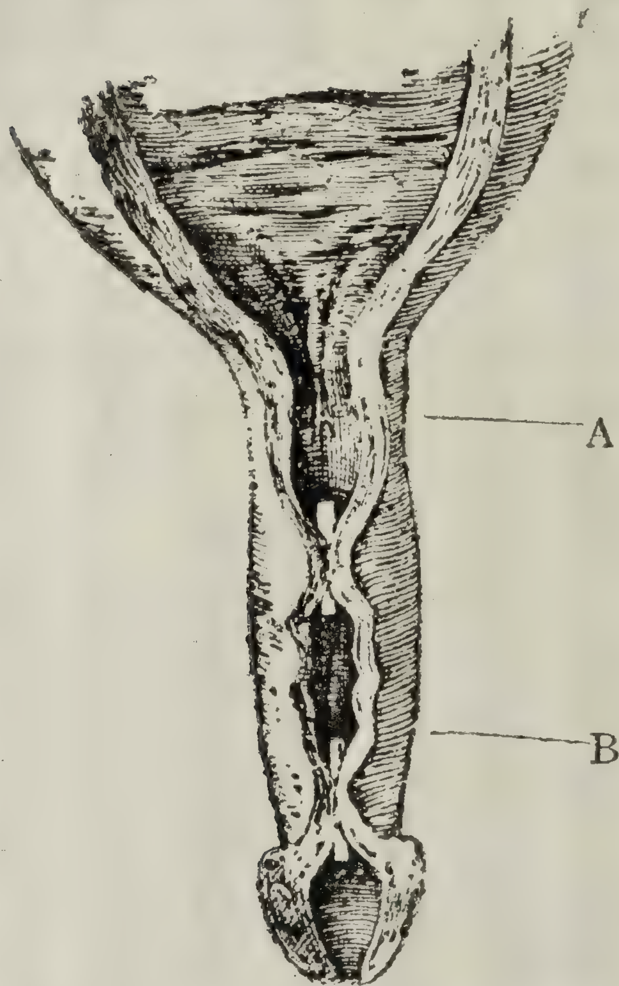


Fig. 442 DOUBLE STRICTURE OF THE URETHRA

At A and B strictures are seen, under which glass rods have been passed. The bladder is somewhat dilated, and its walls are thick and hypertrophic, and with commencing sacculation

尿道狹窄
膀胱略脹其壁變厚而
過長初生小袋
A B乃玻璃桿通過狹窄處

其內外而潔淨之。潔淨導尿筒之具甚多。若無此具。可用水節。將二十分之一之石炭酸（卡波利酸）水射於筒內。復以　千分之一之昇汞（錸氯強鹽）水浸片時。或將筒懸於佛馬林Formalin氣罐內薰之亦可。　最妙之柔導尿筒乃庫秋與綢製二類。眼之末宜實。其內外則塗以樹脂類。使之滑潤。

探條　李士忒氏 Lister 之探條最妙。乃金類製成。彎如尿筒。其末圓而較幹小三號。宜備數條。以便挨次探入。　更有柔探條。乃係線形。以鯨骨或腸線製成。若狹窄之路小而曲。可以此探之。其器由小漸大。其末探過狹窄處。則蟠曲於膀胱內。其後端亦可插入。

銀尿筒或探條之插法　令病者仰臥。施術者立於左側。將病者之衣由臍脫至股處。用二千分之　之昇汞水洗手。並以之洗病人莖頭與外口。其器宜先殺菌。令暖。抹以防菌油。左手持陰莖。右手將尿筒插入尿道。筒柄向病人左股。迨筒末引至會陰。卽轉柄至臍前。由中線向下輕轉至兩股之間。借筒之重力。自能進入膀胱。施手術者無須着力。　**探條難通之點**（甲）外口。因其小或收窄。（乙）尿道窩。因筒末不沿尿道下壁。而入此處。（丙）尿生殖隔（三角靭帶）處。約因筒末不循尿道上壁之故。　若用無針之柔筒。緩轉而入。卽能進至膀胱。若遇阻礙之處。可將筒稍退而後再入。但亦有必用有針之筒方能進入者。

挿筒之危險 Dangers （一）病者甚若畏懼。在首次難免有腦力猝衰。苟先用百分之五之那服卡印 Novocaine 溶液半量錢。(5.60 c.c.) 射入尿道。則罕有此患。（二）流血多因粘膜破裂。或施力過大之故。但粘膜盈血而軟或尿管狹窄者。雖十分細心。亦難免破裂。若流血多。可以此具壓該處。或用哈瑪米利 Hamamelin 溶液射入尿道以止之。（三）假路。多因探末體尿道下壁時。誤穿粘膜之下。或略進尿道狹窄處之後。復入尿道內。或直至前列腺之下。而挿入膀胱後壁。不善施術者始至於此。成假路之據。乃探末忽然驟進。病者甚覺疼痛。及流血。且探末不適對中線。而柄亦斜。若由直腺探察。可捫其筒不在中線。且較尋常近於直腸。夫假路未必甚爲緊要。但若路大。可致尿道圍膿腫。或尿滲出。若尿甚腐。恐有最重之染患。以至殞命。（四）前列腺炎。或因染性菌由輸精管傳至。而成急性副睾（精腺冠）炎。（五）尿熱症。或名探尿道熱症。泌尿器無病者。亦可起此患。但以腎有病者爲多見。其病原頗費研究。約因所用之器不潔。或尿道後段有染性菌。或近膀胱頸之粘膜微破。而菌或菌毒吸入之故。立顯周身之狀。若只有菌毒吸入。則僅發熱。寒戰。而無他重狀。但菌已入粘膜下組織。達於淋巴管。則速傳至膀胱後由淋巴管運至輸尿管及腎。致腎與盂並炎。 病狀有數種。視病者之情形。及病之原因而有不同。（甲）輕者寒戰一次。體溫或升至一百零五度。甚覺不舒。頭痛。全身發戰。迨熱退二三小時則癒。（乙）有寒戰一次熱

度不退者。仍有數度之熱。歷一二日之久。或再寒戰。其病可以暫瘉。(丙)重者腎與盂共炎。越七八日或死。(乙)繼丙狀而起膿血症(菌串瘴)之加雜病。(戊)前列腺變大。須每日導尿者。初用時或顯此患。已論於一千一百六九頁(己)有以上諸患。或兼尿閉。 治法。若疑腎有病。宜格外小心以防菌染。凡所用之探條或導尿筒。均須謹慎潔淨之。又用淡防菌藥灌洗尿道。用軟筒較甲金類者更佳。因金類者易激刺尿道。且可致粘膜破裂也。 若寒戰一次者。宜使衣服溫暖。令病者發汗。多飲熱淡液類。並服貴林二釐 (0.130 gm.) 若熱不退。可發表之。亦必通利大便。宜飲乳類。或須用激性藥少許。非不得已如因尿道不通。不可施手術。恐有害於生命。若有尿閉。可在腰處施火罐拔法。以散腎盈血。並服水瀉藥。用熱氣浴或射披路加便 Pilocarpine 於皮下。以令多汗。若歷四十八小時仍不生尿。外科士宜用剖腎成口術。以引流腎盂。但擇其甚痛之腎剖之。有時須剖雙腎。若欲避免中尿毒之弊。宜屢用生理鹽水射於靜脈內。俾其多出尿且水瀉。

能通狹窄之治法 Treatment of passable strictures

若狹窄能通。可用擴張術或割術。

擴張術 Dilation

此術不一。若無劇狀。探具易入。則狹窄可以漸張。每星期可探一二次。其探條宜依次加大。至十二號而止。若探之過頻。尿道必致受其激刺而痙攣。亦必暫顯窄小。病者必安臥數日。服以瀉藥。其痙攣始退。若欲狹窄速張。一次間可易數探條。以李士武氏 Lister 者為

第四百四十三圖

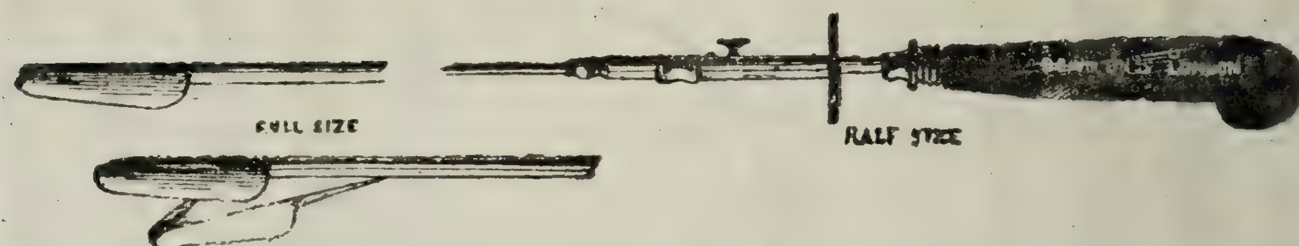


FIG. 443 CIVIALE'S URETHROTOME

息斐阿里氏器

最妙。若祇能容小號探條。可留探條於內。經二日再行拔出。後可用加大二三號者。亦留於尿道內二三日。但有不能忍受者。故二三日後卽起探尿道熱病。及周身不爽。（速張法。近之用者少。因狹窄處既破。必更起甚劇之狹窄也） 無論用前何法。日後醫者或病者均宜再揷以探條。先七日一次。後一月一次。以防其復窄。

割術法治 Treatment of passable stricture by operation 欲用此術治能通之狹窄。其法有三。卽割取術。與尿道外剖。及內剖術是也。

割除法 Excision 若狹窄在尿道會陰段。用此術最妙。而用之者亦最多。但狹窄在陰莖段則不然。必先剖離其陰莖之尿道海綿體（下幹）截斷尿道最長祇割除一寸。隨則先縫尿道上壁。後揷以尿筒。再縫其餘。

尿道內剖術 Internal urethrotomy 若善用此術。則有莫大之益。但用者若未有經驗。或用之不當。其危險亦不小。有將割具先穿過狹窄處。由後向前將狹窄割開者。有將割具穿至狹窄處。由前向後將狹窄割開者。其第二法雖爲妙手醫士所贊成。但依余之意見。則以爲不佳。因不能知

其所剖之組織若干也。其由後向前之割法。只為特別之用。因割具既能通過。而平常之擴張器亦必適用。但有數類狹窄。用此法則佳。(甲)久而堅韌之狹窄。(乙)有彈力性之狹窄。(丙)尿道易受激刺者。若狹窄在尿道後三分之一。或尿有染菌。此法必不可用。夫尿道剖器不一。最妙者如圖。卽息斐阿里氏器。Civiale (見四百四十三圖)但必能通過第五號尿筒之狹窄方可用之。其器之末如球形。中有匿刀。柄外有鈕。壓其鈕則刀卽出。先將器插過狹窄處。隨壓鈕出刀回拉。以割狹窄之瘢組織。後可插以大尿筒。若能則留筒於其內。若狹窄居於尿道深處。則向上割之。以免傷及尿道球(莖蒂)且宜小心勿割傷瘢外之組織。恐致流血或尿道圍膿性炎。或尿外滲之事。施術之先。當以淡防菌藥水灌洗尿道。

第四百四十四圖

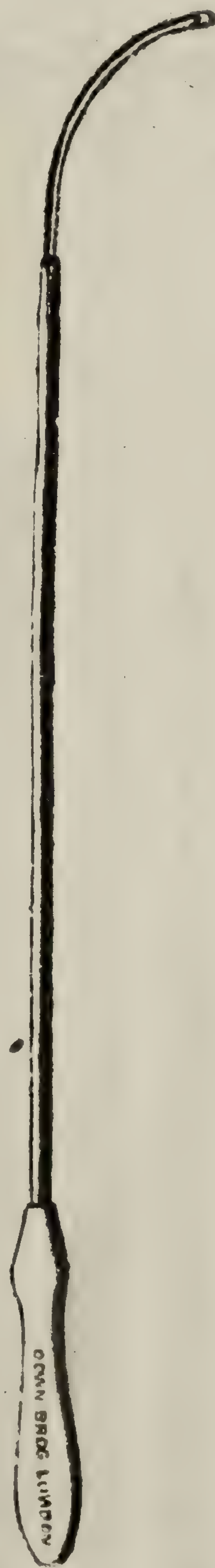


FIG. 444 SYME'S SHOULDERED STAFF FOR EXTERNAL URETHROTOMY

尿道外剖術所用之賽默氏探

尿道外剖術 External urethrotomy.

施此術之故。與內剖術同。多施於居尿道後三分之一之狹窄。更施於患會陰瘺者。此術宜插以賽默氏 Syme 肩探。(見四百四十四圖)其探有幹。有

末段。末段細。可過狹窄處。中線有槽。其幹較粗。只能至狹窄處而止。其末段之槽。佔幹有四分寸之一。病者當作剖會陰臥式。醫士則剖開其會陰中線。至其探之槽。再細心剖之。至狹窄後之槽顯露。卽向前割之。直至狹窄全割開。則割其會陰痛刮去肉芽。後以大號軟導尿筒插入膀胱。由尿道口插之。或由割口插之均可。待血止。則以防菌紗塡塞傷口。容其生肉芽而痊。其導尿筒存留之久暫。視其有無周身之病狀而定。後則每日仍插以大號導尿筒。

不能通之狹窄治法 Treatment of impassable stricture.

其治法視其有無積尿而異。若無積尿。而筒不能入。約因痙攣性狹窄。或盈血性狹窄。或妄食或傷風所致。其治法宜令病者安臥數日。調節飲食。服鹼性瀉藥。及鬧羊花酒。越數日或須施以迷蒙藥。再插導尿筒。若仍無法插入。則用惠李好氏 Wheelhouse 剖尿道術治之。(見第四百四十五圖)先將惠李好氏槽探插入尿道。其探中有槽。其末作鈍鈎。既至狹窄處。即在該處之前割開尿道。隨反轉其探。使鈎出傷口之上微提之。其尿道兩邊以脈鑷牽開。則易見狹窄之口。常有肉芽凸出。

第四百四十五圖

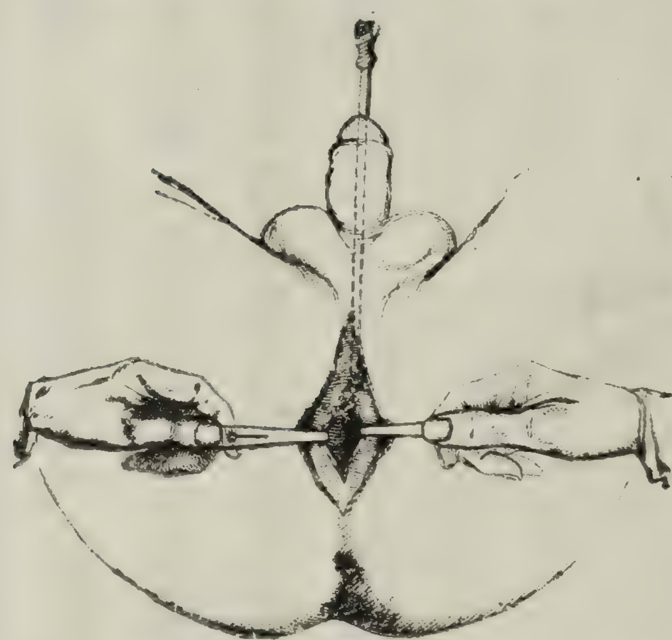


FIG. 445 WHEELHOUSE'S OPERATION FOR IMPASSABLE STRICTURE

狹窄不通之割術

可用細引針插入窄處。遂將該處割斷。乃以大筒插入膀胱。留內數日。待生肉芽而瘉。若有積尿。宜速治之。倘初期之狀不急。病者可以熱水沐浴。並用熱水射入直腸。服鴉片適當之分劑。或以嗎啡肛彈尤妙。若仍不見小便。且膀胱脹大。可於恥骨上處將尿抽出。或用套針及尿筒插入放之。如此可暫減其病狀。狹窄處之後既不受尿壓。有時可插導尿筒以引之。如無效。或須再抽數次。或施恥骨上剖膀胱術。隨由膀胱內插以探條或柔導尿筒。若不能立時插入。越一二日插之亦可。隨卽施以擴張術。

第四百四十六圖

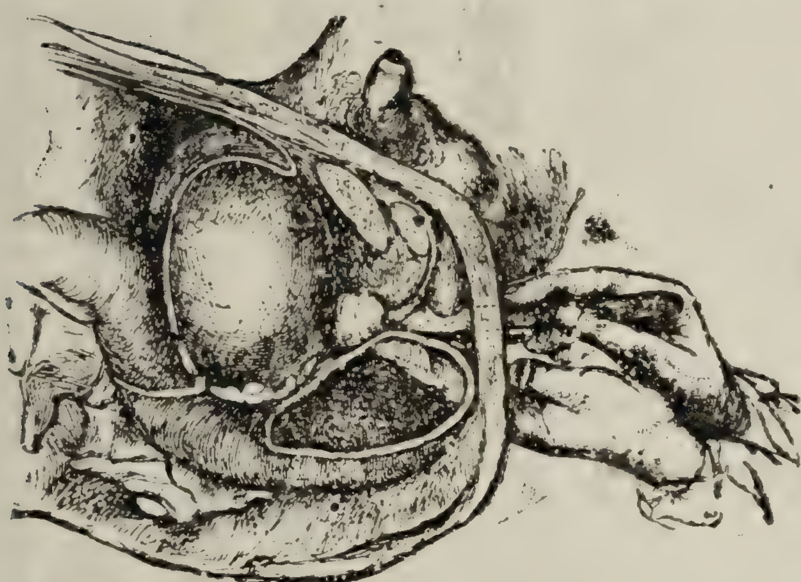


FIG. 446 COCK'S OPERATION OF PERINEAL SECTION

會陰剖術

惟不用恥骨上剖膀胱術較佳。因尿已腐敗。且易由引流管之路而致甚重之炎患也。故欲免此患。可由會陰在狹窄處後。剖其膀胱。若已顯尿滲出之狀。更宜用此術。施此種手術。不可任意延悞。恐尿向上壓。致腎受其大害也。

由會陰部膀胱術 Perineal section　若探條不能插入。則用此術。令病者作剖會陰臥式。醫士將食指插入直腸。察明尿道膜段何在。卽於中線將會陰割開。再將刀向前列腺尖刺入膀胱。最要者須循中線而入。以免傷兩側之血管及

他要件。因此處之血管等甚多也。刀既過狹窄處。尿卽湧出。須小心勿傷尿道上壁。以免盆結締組織受累發炎。平常此術不難。但尿道若移至一側則難實甚。若狹窄處近於割口。可剖開之。用大尿筒插入膀胱。以待會陰割口生肉芽而癒。若狹窄處當時不能治。則可用庫秋管由會陰割口插入膀胱。逾數日再設法治其狹窄。

加雜病 Complications 除上所論之加雜病外。又可顯尿道圍膿腫(瘻)。尿瘺。及尿滲出等病。

尿道圍膿腫(瘻) Peri-urethral abscess. 乃因略有尿滲出或毒質由潰瘍處吸入之故。在會陰或陰囊上腫硬且紅。捫之作痛。若膿近表面。則按之有動浪。該處之皮盈血而腫。全身亦受累。並發虛弱性之熱。其膿自行穿破。致成會陰瘺。遂流膿。或膿與尿相雜。有時成數瘺。其瘺口非限於會陰。亦有穿股臀或腹股溝(胅)等處者。病久者其會陰及陰囊組織被侵至變甚堅。

診斷 會陰膿腫非特因尿道狹窄之故而起。亦有因皮被惹生淺膿腫者。又有因患淋症其尿道竇或尿道球腺(莖蒂後腺)生膿者。有時前列腺或坐骨直腸窩(髖肛穴)之膿腫。亦可在會陰處穿頭。若尿道受探具之傷或成假路者。亦可於此處成膿腫。

治法 初期宜以熱濕布敷之。既生膿則可剖開。兼可割其尿道之狹窄。因狹窄處雖已展闊。但膿及尿仍由會陰之瘺而出。故非施以割術(賽默氏或惠李好氏手術)罕能痊癒。

尿滲出 Extravasation of urine　此因尿道破裂而尿滲入會陰及陰囊之組織也。約係狹窄後之尿道過漲。致小便時用力。病者自覺甚痛。迨似會陰處破裂時則痛止。不久卽顯身體及患處之病狀。亦有由漸致成此病者。初有尿道圍膿腫。而破入尿道。故小便時膿穴漲大。終則圍壁逼破。尿則滲出。若尿道因傷而破者。在欲小便時其病狀亦然。　尿道破裂。每多在尿道膜部尿則因尿生殖隔下筋膜之布置而被逼至腹前壁。夫陰莖脚(根)及其肌。列於尿生殖隔下筋膜與會陰筋膜深層之間隙內。該二層膜於會陰橫肌之後下而相續連。皆於兩側附麗坐骨及恥骨之枝。設尿生殖隔下筋膜退讓而被尿所穿。尿則入該間隙內。且因該二筋膜之附麗所阻不能行往後外勢必壓逼向前浸入會陰、陰囊、及陰莖體矣。倘尿浸入過多。則循精索延至腹前壁。其不能往下至股者因腹淺筋膜深層適在腹股溝靭帶下附麗闊筋膜之故。尿之滲出極甚者。或能上延達腋處。

結果 Effects.　隨狹窄滲尿所致之結果。每甚劇烈。因尿常係腐敗而有鹼性。故其所至之處。卽變成死肉性結締織(疔性連胴)炎。其被尿滲之組織。初則厚硬。終則致死。其皮面盈血。而色暗紅。或色黑。卒則潰爛。膿及尿與死肉塊相雜流出。有時因潰爛處甚闊。致睪丸陰莖腹前壁一部份俱皆暴露。兼有甚重之周身狀。如熱度高。脈速。後則熱度減退。較常略低。因血中毒而死。

治法 宜早割開其處。俾膿尿流出。免皮及皮下組織變死。凡尿侵入之處皆宜割之。如會陰及陰囊中線。與陰莖兩旁至尿道等處。有時重按其組織。卽能逼出多尿。後由會陰揷以大尿筒。以埃朵仿 Iodoform. 撒於傷口。又用滅菌之熱敷料敷之。如木炭 Charcoal. 或胡蔴子 Linseed 或硼酸 Boric Acid 等。且宜勤用坐浴或久坐浴。至傷處潔淨。可用乾敷料使其生肉芽。食滋養之食品。並多服激藥及貴林。

尿瘺 Urinary fistula. 多在會陰陰囊或陰莖體等處。常因狹窄處之周潰膿。或因尿道窩及前列腺之膿腫所累及。其瘺孔多寡大小不定。若因狹窄所致則孔多。其周圍之組織亦多受累。

治法 與治會陰瘺無異。有時其瘺不能癒合。宜刮其瘺邊。後仍以線深縫之。將尿筒揷入膀胱。經數日再行拔出。後宜日導其尿。若瘺小而居於會陰或陰莖。則可用硝酸銀(銀氰強礬)或電烙線烙其瘺管則癒矣。亦有須以尿道修補術治之者。

陰莖病 AFFECTIONS OF THE PENIS

包皮狹窄 Phimosis 全狹窄者。乃莖頭包皮長而口甚狹窄。不能翻過莖頭冠之後也。此約係先天症。有時甚重致小便不利。然能出尿者甚多。惟其口狹窄。則有膀胱急狀。其包皮與莖頭粘

連。故其下積垢(膶) Smegma 甚多。或變硬如砂。因其作癢。常自扯搔。與患膀胱石者無異。多累及莖頭發炎。若自將包皮拉至冠後。必致其莖被勒。　若不施治。後或成膀胱漲患。甚或至腎盂積尿。此病不但有激惹之難堪。亦能引起手淫之害。且能令患花柳病者之狀更劇。亦爲起上皮瘤(膚胅疽)之原。有時係後天症。約因患花柳瘡生瘢所致。

治法　只有環截包皮術爲佳。雖尚有他法。如擴張包皮術。及縱裂包皮術等。皆不甚滿意。

環截包皮術 (Circumcision)　三歲以內之小兒。宜施此術。因此時其莖頭甚小。而割術不甚重也。若俟年長。則多有不便。其最佳之法如下。先以二扣鑷。夾其包皮背之兩旁。繼將引針插於包皮與頭之間。由中線剪開其皮。隨卽分開其包皮之粘連。至冠顯露。其餘之皮則剪去。不可於莖頭之下存留一塊。在成人、其下摺處必有數血管流血須縛之。在小兒則流血少。既剪齊整。卽以腸線縫其粘膜。與皮相合。用紗包其傷處。外仍用無菌棉花包之。再用窄帶縛穩。有時甚爲煩難。因夜間莖舉。或致縫線脫落。故宜服瀉藥及溴化鉀(鉀氣鹽) Pot. Bromid. 並節制飲食。以防莖舉。過五日則將縫線剪去。再以硼酸 Acid. Boric. 氯化鋅(鋅養) Zinci Oxide。 澱粉(撓) Amylum. 三類相合撒之。

包皮勒莖 Paraphimosis　此因狹窄之包皮口拉過莖冠。卽勒於冠後不能復回。致該處之粘

膜與莖頭水腫而盈血。若不治之。則受勒之處潰爛。包皮遂粘貼於新處。而腫漸消。亦或有莖頭因勒而成死肉者。

治法 宜令包皮還至原位。以兩手之食指與中指夾其陰莖。以兩拇指壓其莖頭。至盈血及水腫減退。隨卽向前牽其包皮使復原位。（見四百四十七圖） 若包皮水腫甚。宜先用針刺破數處。俾血清流出。若患較久不能牽回。則於背側割開之。方易著手。外敷鉛洗藥 Lotio Plumbi。迨數日水腫消退。則再施環截包皮術。

第四百四十七圖



FIG. 447 REDUCTION OF PARAPHIMOSIS

莖頭包皮復原術

莖頭炎（龜頭炎） Balanitis 常因淋症或類下疳（積症）(Chancroid) 而發。亦或因包皮不潔而起。多累及包皮內面。致其水腫。隨卽有粘液性膿或純膿流出。有時因包皮口狹窄。致包皮內面潰爛。甚或穿破。若兼有惡性殰瘍（侵蝕潰瘍）Phagedena 其包皮卽死而脫。致莖頭由上面凸出。

治法 宜將其洗淨。以絨布浸鉛洗藥墊於包皮與莖頭之間。若流液甚多。及包皮腫而且長。或將有潰穿之勢。宜將其剖開。迨腫退則施包皮截術。

類下疳（積症）及梅毒（癯）初瘡見第一百二十三四頁

瘭(疱疹) Herpes. 常見包皮與莖頭起此痛。在有患風(癩)症者。約因陰莖受惹而起。但最多者係繼起於梅毒之後。施治較難。其病狀。即該處先生數皰。皰底盈血。後若擦破。則成小潰瘍。先則作腦經性痛。繼而甚癢。

治法　宜將該處洗淨。撒以氯化鋅(鉦荛)及澱粉(粻)類。此患約七至十日而癒。

瘊 Warts 生於陰莖。形似紅色而多血管之蒂瘤。多繼淋症後而起。宜細心與梅毒粘膜粒(癰濕粒)區別之。治法宜將其剪去。兼用電烙線烙其底。若其數多。可用X光線治之。

脜角 Horns 此患有時生於陰莖。約係皮脂(脜)質所成。見前第三百二十一頁。宜割去之。

上皮癌(膚脒疽) Epithelioma 除包皮口狹窄或包皮長者。少見此症。故有謂猶太人。不患此病。因其行割禮也。此症約起於莖冠後之溝。速於長大侵入四圍。或成乳頭(蒳)瘤形。或早潰爛。致組織毀滅。初起居於包皮之下。流稀淡之液。內含上皮細胞(膚脒)與膿球(脒)。後則延至包皮。甚或穿破。終則累及陰莖。且因其多有血管。而速延至腹股溝(脥)腺。若傳至陰莖體。則累及腰淋巴腺。

診斷　上皮癌(膚疽)與瘊易於區別。在癌其底處變硬。癌則莖頭仍如常也。

治法　若祇莖頭受患。可將莖體截斷。若已累及莖體。總以除去全莖爲妙。

第四百四十八圖



FIG. 448 EPITHELIOMA OF PENIS

陰莖上皮癌

莖體截斷術　此術不難。先環割其皮。將之略翻上。隨即將陰莖海綿體（旁幹）割斷。惟尿道海綿體（下幹）則宜在略下割斷。使留段較長半寸。約有五血管流血。即二陰莖海綿體（旁幹）動脈。二陰莖背（莖上）動脈。及陰莖中隔動脈是也。於是將下片割一孔。以所留之長尿道穿過。剪開尿道。將尿道粘膜反摺於皮而縫之。並縫合其皮。

陰莖截除術　此術雖較上術略重。然所獲之效果則佳。先令病者作剖會陰臥式。剃其會陰之毛而治潔之。遂由中線剖開其皮。復向後將尿道海綿體（下幹）剖露而割斷之。但須留尿道之粘膜。足敷縫於傷口之後角。隨用刀或合宜之骨衣剝離器 Raspatory 將陰莖海綿體（旁幹）由原處剖離。復由陰莖根環割其皮。並斷陰莖背血管而縛之。再割斷其懸靭帶。如是即能牽陰莖向前而一刀截斷。凡出血處皆宜縛之。遂用線一條。由中線連續縫合其傷口。但須於傷口之後份置引流管數日。此術之結果甚佳。且病者若用合宜之接尿器。則小便時無庸作坐勢也。惟須將此器常隨身帶之。以便應用。（其器上爲漏斗形、符合會陰下、成箭而口向前、便於引尿前出）

第四十二章　睪丸(精腺)精索陰囊精囊等之病

AFFECTIONS OF TESTIS, CORD, SCROTUM AND SEMINAL VESICLES

先天性睪丸病　睪丸未居腹腔(穴)後壁腹(統)膜之後。鄰近於腎。其體由生殖器嵴 Genital ridge 而起。此嵴居午非氏體 Wolffian body 之內側。有柱形上皮細胞覆蓋之。睪丸之輸出管係由該體之微管而生。至後則與細精管相連。輸精管 Vas deferens 係午非氏導管 Wolffian duct 所成。

先天無睪丸體者或有之。但無輸精管一側有二睪丸均降至陰囊者則甚為罕見。

睪丸由腹內降至陰囊。卽在胎胚八月末期。究其降下之故。乃為一束不隨意肌纖維所成之睪丸引帶 Qubernaculum testis 所牽也。此帶由腹股溝管經過。所連附之物甚要。下端所連者有三。卽腹壁恥骨陰囊底是也。上端之纖維。強牢連於睪丸。然有貼附腹後壁之腹膜者。帶之纖維若縮短。則睪丸隨之而降。卽該帶連腹壁之一份。牽之向腹股溝腹環。(深口)連恥骨之一份。牽之由管而過。連陰囊之一份。引之入囊也。至於腹膜鞘突 Processus vaginalis 其構造之理亦然。卽帶上端貼腹膜之一份縮收。將該膜牽下。使之突出而成腹股溝及陰囊裏面之膜。以備睪丸降下之路。

睪丸之異位有二類。一未全降。一異常降。或名誤位。

(一)睪丸不降　Retention of the testis　有時睪丸留在腹腔。則有系(懸)膜 Retentio abdominalis 較多者。居於腹股溝腹環 Retentio iliaca 然居於管股溝九內或於其皮下環之外者 Retentio inguinalis 更多。環外之睪丸甚活動。且易壓向腹腔。

病原　因睪丸引帶附麗不正。或胎腹膜炎者居多數。因腹股溝皮下環狹窄。或副睪過大而起者居少數。

病狀　卽陰囊無睾丸。若居腹股溝。則可捫一能動之團。大如田豆。壓之有睾丸之特別痛覺。陰囊之病側發育不足。至後睾丸或降下。則多生先天性疝。

(二)睾丸誤位 Malposition of the testis 分兩種。(甲)降至會陰處 Ectopia perinealis 卽睾丸由股與陰囊之間溝而至會陰。有爲先天性者。因睾丸引帶有一副束牽之。或因睾丸降下時稍遲。陰囊已消瘦之故。其不便者。多在坐時或乘馬時受壓也。(乙)降至股處 Ectopia cruralis 睾丸則居股三角之內側近卵圓窩。或謂由股管而下。但多者由腹股溝管如常降下。後過腹股溝靭(髂骸筋)帶之淺面而至於此。因引帶或有副束扯之之故。若另有先天性疝。則疝因循筋膜之故或至髂前上棘。若睾丸留於腹內或誤位。則多無生精子之功。或在二十歲左右。行功只二三年而已。有覺睾丸陣發性疼者。疼屬暫時。大約因損傷或被轉所致。其睾丸則暫變成纖維組織(筋胭)。至後必枯。若患祗一側。尙不甚緊要。倘兩側皆患。則不能孳生。

加雜病 以下所論累及正位睾丸之諸病。皆能患於異位之睾丸。致病者甚覺不安。睾丸附近腹膜者尤然。若睾丸留於腹內。或居他異位。則易於受傷。致發次急性炎。或謂異位之睾丸至後易生惡瘤。

治法 因異位之睾丸多令人不爽。又恐後生惡瘤。則割除之爲佳。有人籌設多術將睾丸置於陰囊內。然強半無益。因其血管及精索(繚)過短。或睾丸已有變硬性。或於施手術時被扯受惹致後變硬。故難保其功。或謂在二十三歲以下者。可將睾丸復迴入腹。然其效未定。

有時睾丸體居後。而副睾居前。此非甚要。惟用刺針放睾丸鞘膜腔之液。須加謹愼。以免傷及睾丸。

精索被扭 Torsion of spermatic cord 係睾丸急被勒。其故未確定。多累遲降之睾丸。有因病者傷力所致。其狀頗易

認明。睪丸痛極劇烈。約至變成死肉則止。溫度略高。在腹股溝或陰囊處見一腫團。睪丸略大居團之下。其上有一更大之塊。乃被扭之精索。及盈血而腫之副睪所成。有時因團變腐以致生氣。宜與勒疝區別之。患此者溫度升高。腹不脹。又不吐糞。且非毫無大便。患勒疝者反是。若睪丸已降下。則腹股溝如常。若仍未降。則該側之陰囊乃空。　治法、只能施手術以割除睪丸及精索。若早見此病。或能將精索之扭處理之使正。

睪丸及精索損傷　INJURIES OF TESTIS AND CORD

痏　此乃常見。因受打踼壓等傷。　病狀傷時疼痛劇烈。非只在睪丸。更有射過精索至腰背及股前。腦力猝衰極重。或至殞命。厥後睪丸常炎。終或變枯。有時炎狀輕微。然睪丸亦變枯。因其血管內之血成團且被塞之故。亦有受皮下傷至成血袋者。治法宜令偃臥。將陰囊墊高。敷以熱濕布。或冰囊亦可。

穿傷　除因施術外。（如刺針放睪丸本鞘膜液之術）罕見此病。　病狀流血。睪丸極痛。若染細菌。則其內組織或由白膜之傷口凸出。名睪丸脫露。　治法潔淨病處。則多能自痊。如疑傷口已受染。勿須縫合白膜。若睪丸組織已被消滅。宜施割除術。

睪丸血袋（瘀）乃睪丸本鞘膜（潤衣）或精索之一處積血。多因受傷所致。

（一）睪丸本鞘膜血袋（瘀）　因被打或傷力而起。有時因刺針放鞘膜液。而傷及淺血管或

睾丸體。有因液忽放出。則鞘膜之小血管盈血。而血滲出所致者。有因惡瘤而起者。其睾丸忽然極痛。速行腫大。絕無炎狀。若血侵入陰囊。因被血色素所染。經數日則皮變色。初時腫處光滑。按之有動浪與睾丸本鞘膜積液無異。惟不透光。後因血凝。及血纖維素粘於囊壁。則硬如實瘤。若血流少。則能消散。倘流多。則血塊或存留。試剖開其腫。則見睾丸如常。惟鞘膜腔中有棕黃含血之液。腔內有凝結之血纖維素。或浮於液中如縷。或成層貼於腔壁。若病甚久。則膜變厚而硬。或積鍇礬。有時袋生膿。乃因染身內之細菌也。 辨症、初級易辨若已變硬則按其歷級及無他病之狀。或能辨明。然未用割術。或放液刺術。或難於斷定。 治法、初受傷後。宜令其偃臥。將陰囊墊起。敷以易散藥溶液。若血滲多。可以無菌空針放出少許。以助消散。若患較久。則可剖開。刮去血塊。尤久者。至鞘膜變厚且硬。睾丸已枯。或宜割除之。

(二)**精索血袋**(瘀) 此患罕見。其原乃因血管受傷裂破之故。精索速行腫大。腫處由腹股溝延至陰囊。惟睾丸如常無恙。形式如網膜(臁)疝。但血袋之軟硬全體一律。形狀似球。並或有動浪。此袋不能推還腹內。咳嗽又不衝撞。而病歷亦殊。 治法、初級敷易散藥溶液。厥後血若不消。則可剖開除去血塊。

輸精管破裂 Rupture of vas deferens 甚罕。因傷力所致。有累該管之腹段。則尿道(管)流血。熱度

略升。而腹下處疼痛者。結果每致睪丸變枯。若陰囊段破裂。則睪丸腫大。且或陰囊積血。有尿道出血而睪丸甚痛者。然睪丸未必消瘦。治法若令病者不安。宜割除睪丸。

第四百四十九圖

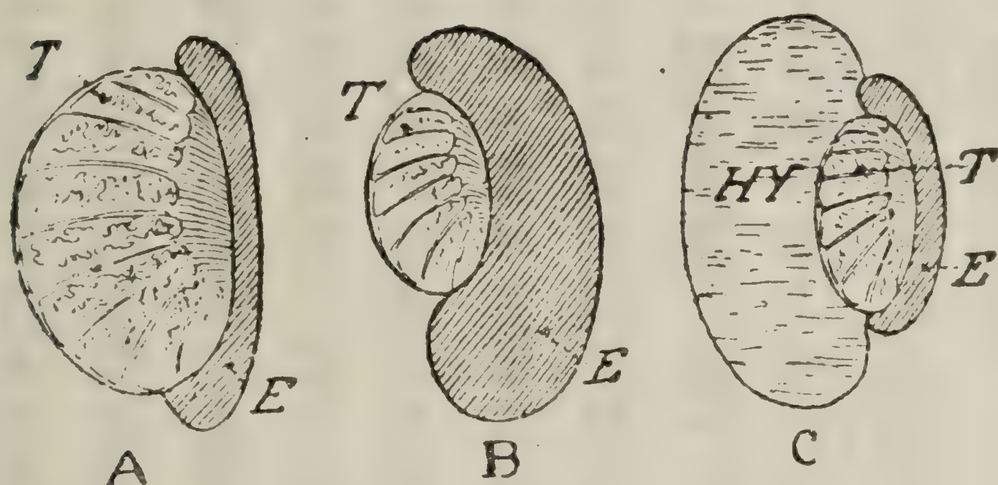


FIG. 449 DIAGRAMMATIC SECTION OF (A) ORCHITIS, (B) EPIDIDYMITIS AND (C) HYDROCELE OF TUNICA VAGINALIS
T. TESTIS. E. EPIDIDYMIS. HY. HYDROCELE

A 睪丸炎　B 副睪炎　C 睪丸鞘膜積液
T 睪丸　E 副睪　Hy 睪丸鞘膜積液

睪丸炎及副睪炎 INFLAMMATORY AFFECTIONS OF TESTICLE, ETC.

炎初起者。或只累其一。厥後則二者常俱被累。炎亦分急慢二類。

急性睪丸炎 Acute orchitis

病原常因損傷而起。然有原發者。多見於痛風（瘋） Gout 或如馬特斯（痺） Rheumatism 等症。亦有遷徙性 Metastatic 者。如在腮腺熱症 Mumps 癥症 Typhoid 或他種發疹熱症之後而見。有時睪丸先炎。而腮腺繼之。或只睪丸炎。而腮腺無恙。　病狀睪丸腫。痛烈。捫之尤甚。形式似球。（見四百四十九圖A）痛幾令嘔。且上傳由精索至腰背等處。陰囊皮紅盈血。且因炎甚劇。或至貼睪丸

所蓄之諸膜。有時見炎性漿液滲入鞘膜內此名急性鞘膜積液。全身略發熱。至一百零一或零二度。嘔吐兼大便結。罕致生膿。倘有之。則膿出後。或至睾丸組織脫露。丁年以後患此者。則睾丸多致變枯。蓋因炎性滲質變爲組織。致壓其血管及腎微管故也。

急性副睾炎 Acute epididymitis 病原常由尿道(脘)傳至。如淋疾是也。有時因外科探器不潔。或因膀胱石棲止尿道。或前列腺(胱底腨)受膿球菌之害而累及之。 病狀、初痛在腹股溝及輸精管之路。後傳至陰囊。睾丸腫大。形如橢球。兩側較扁。副睾形如半月。其凹面即接睾丸。而周圍掩其後份。然睾丸之前面仍可捫得。或可捫及積液之鞘膜腔(見四百四十九圖B)陰囊色紅。而顯水腫。與睾丸相粘。精索亦腫大。因炎質侵入。捫之覺痛。他狀與睾丸炎同。惟生膿稍多。乃因病原多由尿道深段之膿炎所致。倘治未得法。則睾丸或至變枯。變枯之故。乃因滲質侵入副睾。致成組織而縮壓其血管也。若兩副睾俱炎。恐後不能孳生。 治法、宜令偃臥。陰囊托以小墊。常敷熱水。若早見其症。或可用冰囊或涼水管敷之。惟忌用水蛭。因其所致之三角咬口易於染菌而難於痊癒也。放血術若當用則用。即剖開陰囊淺靜脈以放之。厥後提其囊而血自停止。如痛烈。則坐浸熱水中。或用嗎啡(莫非)肛彈。初宜服甘汞(銾氯弱鹽)只飲良性液體食物。服鹼性瀉藥。及平心藥。如亥歐賽阿母酒 Tinct. hyoscyami (鬧羊花)。或鴉片酒是也。若脈硬身熱。

可服鋑鈠菓蘩蒲酒。Vinum Antimoniale 每次十滴。急狀既過。而睾丸仍腫大。宜用鉛貼膏。或錏汞（銤雜阿摩悪）貼膏。包以壓之。至硬厚等狀減退則止。

次急性及慢性丸與睾副睾炎 或隨急性炎而起。或因直接受傷或傷力所致。病狀捫之易見該器官腫大而痛。若爲淋疾所致。則副睾尾受累。而梅毒性炎。則多累及副睾頭。此幾足以辨之。慢性睾丸炎之狀。與梅毒炎同。惟其病歷則異。治法、宜用貼膏壓法。服汞及碘化鉀（鈠氯鹽）之小劑。以助炎質消散。

睾丸結核（瘰）症 TUBERCULOUS DISEASE OF THE TESTIS.

多見於曾患結核症之丁年人。有時健壯者亦患之。原起於副睾。或由他器官之結核症傳至。病體初起於副睾之結締組織（連網）。有黍形結核粒繞其血管。後則相合。且壞變如豆腐。終或化爲流質。致成膿腫（瘇）或祇起於副睾之一區。或佈累其全體。令之腫大。不久則傳至睾丸。或隨輸精管而傳。累睾丸者。則其縱隔先受累。而細精管間之結締組織次之。細精管之上皮細胞過長。後則變壞爲脂。甚至難見正常之構造。或其內生膿。而膿穿白膜。是時鞘膜之二層業已相貼。致膿由皮而出。膿流出後。則睾丸或脫露。若病隨精索而傳。則多累輸精管變厚。循膀胱外面

圖十五百四第

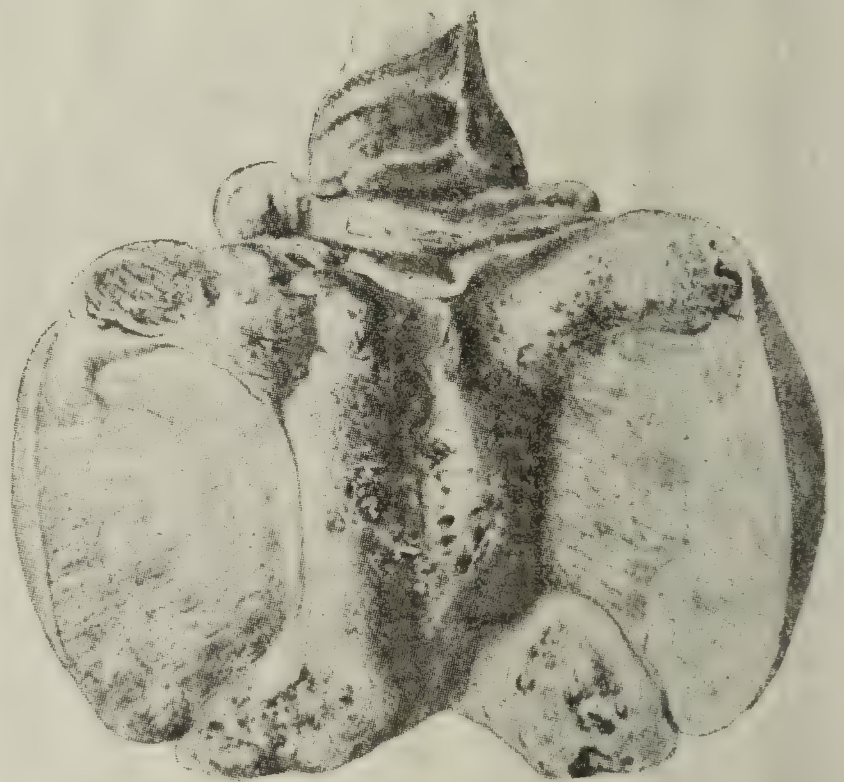


FIG. 450 TUBERCULOUS DISEASE OF TESTIS, MAINLY INVOLVING THE EPIDIDYMIS AND CORD

病核結丸睪

索精及睪副及累多

漸至精囊及前列腺(胱底棚)或至膀胱底輸尿管及腎絡或傳散週身。卽致腦膜(衣)結核炎者亦不少。

病狀 初只患一側。後或多傳及彼側。起症急緩無定。若急、則初與睪丸炎同。然歷數星期痛雖止而腫仍不消。遂生似豆腐膿腫。若緩、則副睪或生一二硬疣。無壓痛。惟多者乃睪丸全體腫厚。成半月形不痛之塊。圍繞睪丸之後半。故或有深槽。捫之有疣及軟硬不一之處。輸精管首先變厚。精索之他件幾不受累。若累及睪丸。則其與睪丸間之槽不現。若睪丸之組織未完全消滅。則仍有特覺。然鞘膜內積液罕見。如睪丸生膿則較痛。而膿在睪丸體內者則更劇烈。至膿穿向皮面之時。則皮變紅盈血。粘連睪丸。按之有動浪。膿出或致睪丸脫露。若睪生膿。則痛較輕。然膿腫或較大而後破。破後不見睪丸脫露。若傳至精囊。則無表狀。僅由肛門診察可知。若傳至膀胱底及前列腺。則小便艱難、並膀胱甚受激惹、 辨症俟後再

詳。(見本章陰囊瘤辨症)

治法　病尚在早期。且睪丸祇生一小結核疣。若久居衛生地點。如海濱。或養結核症院。且用補身體法。(如射結核桿菌伐克辛)及用貼膏壓法使之盈血。或能令疣消散。若病處有定界。或可剖開刮除。敷以濃卡波利酸。然如此者較少。睪丸全體大且硬。而睪丸無顯然之病者。可將副睪由睪丸分離。其內側之血管須愼爲保存。然輸精管宜解剖割除。以長爲妙。至於瘻及瘺亦不忌施割術。然割除皮須較廣闊耳。倘患在睪丸數處。該處多致變枯。否則宜施刮術。雖此等睪丸日後無孳生之作用。而留之仍能生其有裨益之隱泌。且恐彼腎至後受累。故不如留此爲愈也。輸精管於腹股溝皮下環變厚而精囊已受累者。仍能施手術。(因結核症不同惡瘤。將病體之強半割除。其餘或能自消)。可將腹股溝管全行割開。循輸精管向下割斷。患者若作垂頭臥式。而以硼酸液溶滿貯膀胱。可由膀胱側循輸精管或能幾至精囊。(精囊結核見下)。若睪丸完全消滅。則必失生隱泌之作用。宜兼割除睪丸並輸精管一長段。(以長爲妙)見下。

睪丸梅毒(癯)症　SYPHILITIC DISEASE OF TESTICLE

此病而少由遺傳。多由自得。每起於第二級之後。或在第三級。

患第二級者略爲罕見副睪顯慢性變大。鞘膜腔或兼積液多起於受染後半至一年。狀與慢性炎類似。但副睪頭多受累而生疣。且左右多兼被染。若服汞類則易瘉。患第三級者。多遲至二三十年始見。或累及二側。以病理論。則睪丸結締組織延蔓過長。卽睪丸全體受累。致其變硬者居多數。屬局部性。致睪丸生梅毒瘤者居少數。

圖一十五百四第



Fig. 451 TERTIARY SYPHILITIC DISEASE OF TESTIS WITH GUMMA OF THE BODY

睪丸梅毒病第三級其體有梅毒瘤

睪丸全體受梅毒　變大似球。堅硬如石。鞘膜腔內每有積液。而睪丸之特覺早失。或有累及副睪與輸精管者。然生膿者甚罕。剖開則不見睪丸之常式。白膜最厚。下面之小隔亦長成粗帶。蔓佈體內。甚至其主質完全被滅。

睪丸生梅毒瘤　情形強半或如上述。然另有一或數瘤。剖之則見有定界之黃白團。中央已無血管。故易於壞成軟似液體之質。瘤之附近皮者多向外破。至成梅毒瘍。瘍底較深。覆有似黃濕皮之腐組織。然睪丸脫露者無多。以臨症論之。病狀初與上者同。至後睪丸之一區凸出。且覺痛。漸長至中央有動浪。終則潰破而排出似膠質。上論之二種梅毒睪丸若療治得法。腫或全消。令該器官之大小如常。或至變枯。然其作用必弱。或致全無。(辨症論俟詳於一千二百十六頁)

治法　服碘化鉀（鈠氯鹽）及汞類。鞘膜積液者可排出。睾丸或用貼膏壓法。或以懸帶托起均可若梅毒瘤破至成瘍或可將其底之腐組織割除須慎爲敷浸汞黑洗藥 Lotio Nigra。或其他汞藥溶液之紗布等。伐色曼氏應效最顯者。則以薩伐散注射靜脈亦可。然病久者以汞爲佳。

睾丸脫露 HERNIA TESTIS

定義　乃睾丸之組織由白膜及陰囊皮之破口凸出。常被肉芽所侵原因不一。或因睾丸受刺傷而染膿球菌或因發炎生膿或患慢性膿腫（瘻）或結核性膿腫。惟由梅毒瘤者較少。因該病多生瘢性纖維組織。副睾生膿者亦無此脫露患耳。初則白膜內壓力過大。至膜穿通成口之後。則其彈力將其內組織由口逼出。所出之份大小不一。大者甚至睾丸全體畢露。而白膜內面向外翻出。則由陰囊之破口現肉芽組織凸出成團。形式或頭大蒂小似菌。以至周圍掩覆皮緣。病較輕則皮緣有隙膿常頗多。宜與睾丸惡瘤辨別之。卽其瘤向外長。至穿皮而開花。則所凸出者僅爲瘤織而毫無該器之本織。

治法　大抵須割除。患結核症者尤宜如此。病輕者可設法令傷口潔淨。且以紗墊壓之。或能痊瘉。有時可將凸出之團。由隣皮分開剪除傷口之邊。將凸塊推入。而縫合其口然雖如此。則睾丸

織仍不能復入白膜內。結局亦罕見完善。

睪丸瘤 TUMORS OF THE TESTIS

惡瘤居多。順瘤之中僅有纖維袋瘤（又名睪丸腺瘤）爲常見。

睪丸纖維袋瘤 Fibrocystic disease of testis, syn. Adenoma testis 瘤之大小不定。其袋有多數。內襯立方或複層之上皮。袋形多似球。或有似管者。與他袋相通。內常含液。或少許組織。袋外繞有結締組織。此組織或多、或寡、或有軟骨疣、或粘液性纖塊散於其間。此瘤終期易變惡性。有

第四百五十二圖

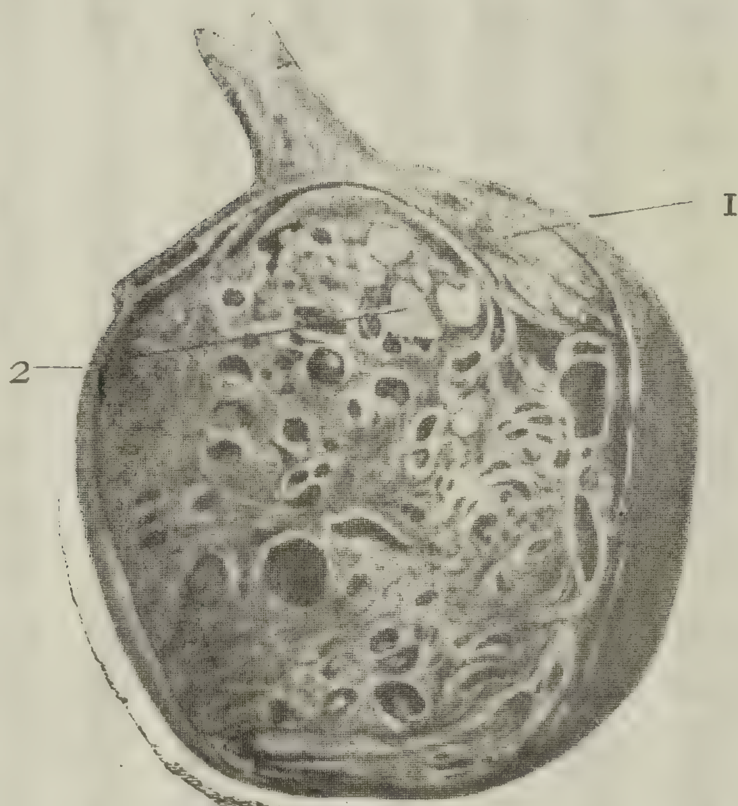


FIG. 452 FIBRO-CYSTIC DISEASE OF THE TESTIS

1. Body of testis spread out over the growth
2. Nodules of cartilage contained in the growth

睪丸纖維袋瘤

1.睪體張展於瘤面 2.瘤內所含之軟骨疣

二名醫謂其由午非氏體 Wolffian body 之餘跡而起。該跡常隣近副睪頭。所謂旁睪 Paradidymis organ of Grialdy 是也。或曰此瘤屬怪胎性。瘤面大抵有睪丸織排成薄層以蓋之。 臨症徵 瘤多見於青年人病者或謂瘤由傷所致。睪丸漸大。然不疼痛其不便者。惟大且重而已。形如球而有彈力性。若未變惡性。則精索如常。若

瘤甚大則陰囊皮或至潰爛。此多為慢性。卽變成惡瘤亦甚遲緩。

治法　宜剖開以判定瘤性而後割除。

睪丸生他等順瘤如軟骨、骨、纖維、粘液織等者甚少。卽有亦多兼患肉瘤(疕)、或纖維袋瘤。

睪丸肉瘤 Sarcoma of testis　由睪丸體而起。患者或為未滿十齡之兒童。或為三十餘歲之丁人。有於睪丸遲降或未降而後患之者。多係軟團。為圓細胞所成。性似淋巴肉瘤。惟體硬而性似纖維肉瘤者較少。瘤內常有軟骨疕。粘液織之塊。或流血而有壞變成袋之處。有繼睪丸纖維袋瘤所起者。常起於纖維組織。且早滅其主質。瘤形似球。然不甚齊整。至病進行則內生袋。致面長疕。瘤長甚大。至末級卽累精索與陰囊。則皮潰爛。而瘤內纖凸出以菌。且腹股溝淋巴腺亦被染。主動脈與腔靜脈乂處之淋巴腺受累而長子瘤。且病由之波及隣物。如腰叢之腦經根致疼痛甚劇或累及他器官。患者於初起時之自覺狀。僅為睪丸重墜。而睪丸之特覺早失。終至精索被累時則疼痛最烈而身體速行衰弱。　病之進行初則遲緩。於此時期甚易割除以斷其根。後則甚急。至數星期已由精索傳達腹內。致不能除。　治法須將睪丸並瘤割除。以早為佳。且精索較長之份及淋巴腺亦須除去。

睪丸癌(疽) Carcinoma of the testis　多屬髓樣癌(軟疽)。為軟而速長之團起於睪丸體。速累

及精索。且貼於陰囊未幾則皮潰爛。致現一開花之團。腹部及腹股溝之淋巴腺生子瘤。臟腑間或亦然。據臨症狀大抵難以斷定爲癌或爲肉瘤。因病者之年歲相似也。然癌長較速。且累精索及淋巴腺較早。 治法。割除睾丸與精索。(愈長愈佳)割口可循髂血管向上延長。將腹膜等推開。露出主動脈之分叉處而除受累之淋巴腺。此手術雖難且險。然舍此則無以救其生命。而手術後之希望亦不佳。倘腹股溝淋巴腺受累。則尤難痊癒。

睾丸精索水袋 HYDROCELE

即附近睾丸與精索之水袋。(含膿或血者不列其內)其水常爲漿液。或含精子。間或含乳糜等液。約分二類。

(一)睾丸水袋 水居鞘膜腔或附近鞘膜有定界之袋。名包繞水袋。

鞘膜水袋可分數等如下。

(甲)急性水袋。 常與睾丸或副睾急性炎同見。滲出之液不多。非細心查覈不易辨別。初爲漿液。與他等漿膜炎類似。能自結。凝後或全行消散。惟有少許粘連處。或變爲慢性患。

(乙)先天性水袋 因鞘突上段 Funicular process 仍通。有鞘膜積水之總狀。(詳下)但壓之

水卽回於腹內。患者多爲嬰兒。治法、以易散藥溶液敷於陰囊。並用輕托疝帶或絨線縚。以蓋腹股溝管口。與先天性疝者同。兒多兼患包皮狹窄。須割除其包皮。此水袋若久未癒。則易成先天性疝。宜施此疝之手術以治之。

（丙）嬰兒性水袋 Infantile hydrocele 僅有鞘突之上端閉合。狀與（戊）同。然其液循精索向上。甚至能入腹股溝管。治法與（戊）同。（見下）

（丁）雙房性水袋 乃鞘突之上段成袋。且有一頸通入睪丸鞘膜水袋。鞘突之上段居腹腔內。本爲腹膜與腹股溝腹環間之段也。此段則積水。有脹向下至膀胱前及側而入盆者。（婦女之鞘突 (Canal of Nuck) 亦或有此患。）

（戊）後得之鞘膜水袋。較他種多見。常緣睪丸慢性炎而起。然亦有中年人無顯著之原因而患此者。睪丸患三級梅毒而長大則多如此。患結核或惡瘤者少有之。熱帶之人患之較多。大抵因陰囊與睪丸鬆弛下垂之故。其鞘膜變厚而盈血。蓋睪丸之層間有小凹及痕。或有纖維組織構成之厚片。其片或壞變爲脂而顯黃色或積石灰質或變軟骨或正骨。

病徵 陰囊內有圓或橢圓之團。精索受累之長短人各不同。其軟硬亦因水之多少及袋壁之厚薄而異。常有彈力性。而動浪最顯。於袋之上可捫得精索。而睪丸則居袋後。且凸入袋腔內。或

難於捫出。惟壓之則有睾丸之特覺。若以燈置於袋後。可知其透光。而睾丸呈影。惟病過久者。袋壁極厚則不透光有時袋內曾發炎致睾丸生粘連質與袋前壁相粘。則袋形不齊。或其腔內有隔帶致分數房。

曾有受傷致袋於皮下破裂則該處腫大。間或陰囊及陰莖亦水腫。而皮現痏。至後腫狀卽消。病或自瘉。扣袋有暗響。咳時無觸撞之勢至袋極大則下墜作疼。陰莖被褪入陰囊內。皮下生癩。因常被尿所浸。袋水色黃或淡黃。比重 1013-1025。多含蛋白質而生纖維素甚夥。病久者或另含膽渣素 Cholesterin

治法 有姑息斷根二法。

姑息治法 須施套針放液術而後用托陰囊帶。若睾丸發炎。可敷以凉性洗藥。久炎者、須以貼膏壓法治之。 刺套針術。先診視睾丸之地位。遂以左手握定水袋。滌淨前面之皮。令皮漲緊。如睾丸居後。可於袋之前下尋無血管之處以套針由下向上刺入。使刺過睾丸前。而不損傷。（若睾丸居他位則刺針處須隨之而異） 放畢則去其套。用棉花火棉酒封其口。病後或復發。可重行此術。套針宜極潔淨。否則難免水袋發炎或生膿。若血管或睾丸被刺。則或生血袋。

斷根治法 分二等。卽水袋射藥。及割除水袋裏層是也

第四百五十三圖

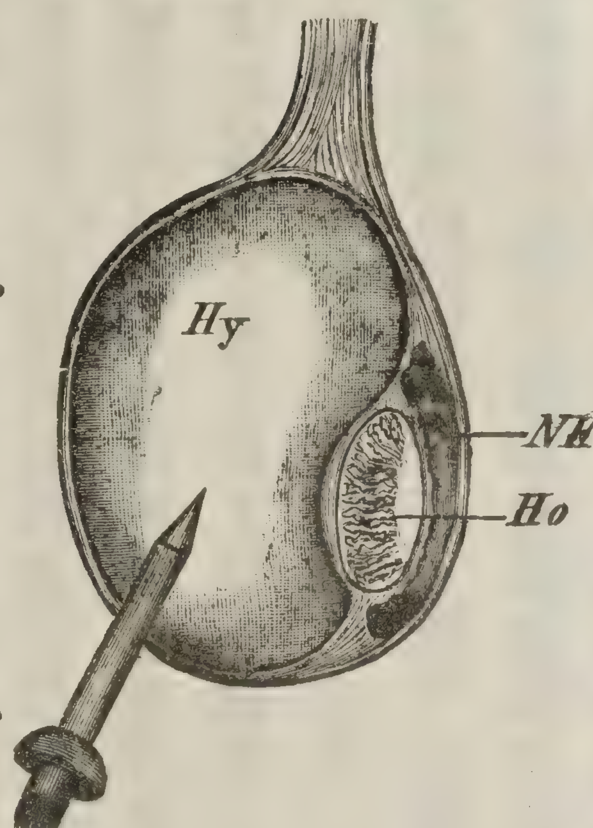


FIG. 453 METHOD OF TAPPING A HYDROCELE
HO. TESTIS; NH. EPIDIDYMIS; HY. HYDROCELE

睪丸鞘膜積液之放液刺術

Ho睪丸 NH副睪 Hy膜水

(甲) 水袋射藥　此法曩昔多用。近今較少。須慎放水袋之液。而後射藥入內。藥有數等。如濃碘(氯)酒昇汞(綠氯強鹽)(五百分之二)。石炭酸(排醕)。甘油。若用濃碘酒而水袋之液不甚多。放液後可射二英錢。使之於袋內盪動。而後放出一錢。如此者致甚發炎。厥後袋內或多相粘連。卒則無腔而癒。其不效者。多因藥液過淡或袋較久致壁變厚而硬。或多次放液等故。

(乙) 割除水袋裏層　近今多用。若病久袋大此法甚佳。須在陰囊上割一口。將本鞘膜淺面之組織劈開。以敞其腔將該膜之壁層在睪丸周圍修除。縛其血管。(常甚多)插一引流管。縫其割口。則見效頗大若袋不甚大。鞘膜不硬。可自前面割開。將膜翻轉至副睪後而縫合之。

嬰兒患此水袋者不少無論袋是否先天性。若袋通腹內之孔甚小。致水難於歸腹。然平臥尚漸能如此。須先斷定始可從事治療。若袋通於腹膜孔。可施疝病治法。即用疝帶或手術。不通腹內者。或能自癒。即陰囊外敷氯化錏(錏氯鹽) Ammon Chlor 十釐。如水與酒各一兩之溶液倘

無效。可刺針使水滲入陰囊組織。如仍無效可施割術。將袋壁之一處割除。

睾丸包繞水袋 Encysted hydrocele 分二等。一累副睾。一累睾丸體。

第四百五十四圖

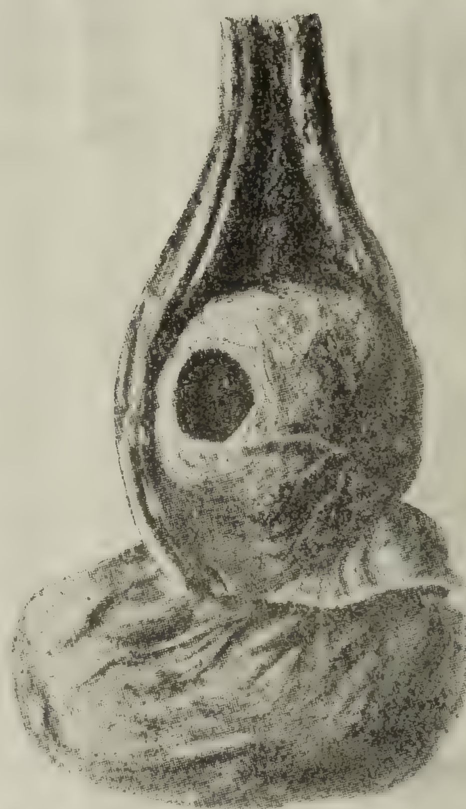


FIG. 454 ENCYSTED HYDROCELE OF EPIDIDYMIS

包繞性副睾水袋

(甲) 副睾包繞水袋 Encysted hydrocele of the epididymis 居睾丸體上。鄰近副睾頭。形似球而略硬有彈力性而透明。常不大過睾丸體。略似雙睾丸。然無睾丸之特覺。有時長甚大至套於睾丸之周圍。然二者亦可辨別之。袋之水白似淡乳。因內含精液。察以顯微鏡。則見精子或活或死。故此袋又名精液袋。比重較他袋略低。且蛋白較少。

袋之原因尚未確定。袋壁內襯以立方或柱形之上皮。(鞘膜水袋與精索包繞水袋襯有內皮)袋約因睾丸輸出管漲大所成。或由鄰近副睾頭之賸件。如科貝氏管 Kobelt tube 而起。此管與輸出管均由午非氏體 Wolffian body 之小管而長。但科貝氏管不貼睾丸體。而輸出管則貼之。由此觀之。此袋與婦人之卵巢旁體生袋之理同。有時睾丸附件 Hydatid of morgagni 長成袋。此附件由苗勒氏 Mullerian duct 管之賸件而生。此袋較小。亦居睾丸上。有蒂而含清液。

治法 與鞘膜水袋同。(見上)。

(乙) 睾丸體之包繞水袋 Encysted hydrocele of body of testis (tunica albuginea) 此袋罕見。甚小。居鞘膜臟層與睾丸白膜之間。大抵因淋巴間隙過長。不得謂之爲病。

精索水袋 Hydrocele of the cord　有時與先天性並嬰兒性之鞘膜水袋同見。另有限於精索者。可分包繞及無定界二類。

精索繞包水袋 Encysted hydrocele of cord　因腹膜鞘突未全閉合。於其開敞處則生袋。袋內襯以內皮袋形似球而有彈力性。居腹股溝管內。可上下推動。上緣最顯。有時以燈光照射可見透明狀若牽下睪丸。則袋不能動。袋內之液與鞘膜水袋同。婦女鞘突或亦患此。名圓靭帶水袋治法、刺針放水。若欲斷根可射藥或割除。

精袋無定界水袋 Diffuse hydrocele of the cord　罕見。精索組織有無定界之水腫。袋形如梭或柱。循精索而列。其長短各人不同。

乳糜袋 Chylous hydrocele　卽鞘膜積似乳之袋。以顯微鏡察之。則見係脂肪勻類。病原尚未確定。曾見一人其淋巴管自睪丸至腹股溝管之一段脹曲。且積乳糜。

第四百五十五圖



FIG. 455 VARICOCELE
睪丸靜脈脹曲

睪丸靜脈脹曲 VARICOCELE

蔓狀叢 Pampiniform plexus　脹曲。多見於青年人。然老年人非因變慢性病。或腎患惡瘤者。則少有之。陰

囊常大鬆而下垂。或爲常行手淫致睾丸盈血者。然小兒亦患之。故疑或有先天性之原因。又有因用托疝帶致該靜脈受壓者。左側多於右側其故大抵（甲）因左睾丸較右者爲低。是以靜脈較長。血壓則大。（乙）因左睾丸靜脈通入腎靜脈。成爲正角而無瓣。右側者入於下腔靜脈。成爲斜角而有瓣。（丙）因乙狀結腸位於腹左。若大便結而糞積聚。致壓左睾丸靜脈之腹段。

病狀 陰囊內有軟而不齊之腫勢。上窄而下闊大。且蓋覆睾丸之上。此腫爲脹曲靜脈所成。由皮外或能辨認。捫之略似盛蚓之袋。咳嗽則有撞觸。平臥則腫減退。因靜脈之血易於歸回若壓其腹股溝皮下環令其站立。則見腫由下而漲。病處大抵覺重且疼。有時睾丸現腦經性劇烈之疼痛遺精之患常由此故所致。有因之而致睾丸消瘦者。有時病處受傷而發炎。後或自癒。有時脹曲之靜脈破而流血致精索有無定界之血袋。然亦有未用治法而自癒者。

診斷 不難。須與綱膜（膁 Omentum ）性疝辨別。見三十七章疝章。

治法 病輕者、須用配合之托帶或囊。以托睾丸及陰囊。每日早晚二次用冷水洗陰囊。且宜設法使大便易通。

斷根治法 若有腦經性疼。或處睾丸消瘦。或病與事業有礙。（西國凡患此病者不准充任公役）則可割除該靜脈。其手術須薙除陰（恥）部毛使之潔淨。刀口循精索至寸半長。其中點居腹股溝皮

第四百五十六圖



FIG. 456 LARGE VARICOCELE IN A PATIENT AGED 35 YEARS, WHO HAD USED NO SUPPORT FOR MANY YEARS

睾丸靜脈脹曲

此其大者患者年三十五久不扶托

下環而略下。將精索提起。分開其包組織。顯露睾丸靜脈入管之段。此處常有二大枝。間或只有一。須與精索之他組織分淸。對腹股溝皮下環縳之。縳處之下以血管鉗夾妥。割斷其間之段。遂以該鉗將靜脈下段由上向下剝開。使蔓狀叢與精索之他件分離。若將睾丸由傷口牽出。可分開靜脈以至副睾。須將脹曲靜脈團之下端。併合縳結。或分二束縳妥。遂割斷完全除去其團。若陰囊下垂至睾丸降低。可將上下二縳線合縳若處其線牽脫。則可另以線穿靜脈之兩端(因此之故兩端割斷時存留之段須略長)而縳合以懸起睾丸。遂可縫刀口。不必用引流管。病者宜平臥二星期。待靜脈二端之血團長成組織且有堅結之瘢痕乃妥。此法較在陰囊割刀口者優善。因腹股溝之傷收口尤較易也。且靜脈於上處連成

一二幹。故由上向下剝開亦較便易。手術後血之回路。乃藉輸精管動脈之並行靜脈而歸。該靜脈居精索之後部。有時因脹曲靜脈割除甚多。則睾丸靜脈盈血。後致鞘膜生水袋。陰囊皮雖過多。大概不必割去。須待傷口瘉合甚妥。可每日用刷刷其囊。以激惹其肉膜 Dartos (陽囊縮膜)縮復。

睾丸腦經痛 Neuralgia of the testis　大抵其組織無病。僅覺劇烈之疼痛。捫之亦然。病者多爲腦部不穩之青年。或患痛風(癥) Gout 之壯年人。或兼有靜脈脹曲者。疼痛多屬陣發性。甚難療治。　治法、調理全身。服補腦劑。如鐵貴林。亦可敷以按撫藥。如蘋茄。烏頭根。再加以托帶尤善。

睾丸消瘦 Atrophy　其故不一。(一)因先天性發育不全。如睾丸異位或遲降。(二)因睾丸或副睾發炎。(此因較多)後則瘢痕組織縮收。致壓閉血管。或因腮腺熱症累及之。(多見於丁年)或因患梅毒症。(三)因欠滋養。如爲水袋或疝施手術。將其動脈割斷。或因施疝斷根手術。而將腹股溝管縫閉甚緊。至壓住精索。然睾丸本體之血管割斷者。則睾丸或仍不消瘦。因輸精管之動脈及其並行靜脈。與腦經仍未受害。(四)因睾丸久盈血。如爲靜脈脹曲所致。(五)或有因房事過度者。　若祗一睾丸消瘦。無甚緊要。而二者並消瘦。則失孳生能力。且其人雖無他病症。而易致憂悶。其憂悶之故。一屬靈心。一因無睾丸之泌收入體內。以保存靈心及身體之舒爽。

陰囊生瘤等之普通診斷法 GENERAL DIAGNOSIS OF SCROTAL TUMORS

陰囊生一團者。宜斷定爲疝。水袋、血袋、靜脈脹曲。或睾丸變大而實。及其大而實之性質。先須注意精索於腹股溝皮下環下之境況。若粗細硬軟皆未改變。可定其非爲疝。及精索之無定界水袋。若於該環內見一團。性硬似球而能動。然固定睾丸則不能動。可知其約爲精索之包繞水袋。精索變粗。且難定其界限者。或爲疝、（則形略圓恐能回入腹內咳嗽有衝觸）或爲精索之無定界水袋或血袋。（則爲筒形不能回入腹內然略有動浪）

其團完全居陰囊內者。若靜脈脹曲。以望捫二診法則可認明。卽臥則團隱。起則由下而漲也。若爲圓團。須察其係定質或流質。若係流質。大概爲水袋。或初起之血袋。前者透明。後者猝起而不透明。故能辨別。須知水袋或因他病所致。故未放其液則難斷定睾丸有無病症。若係定質。或爲血袋之後級。或係睾丸發炎而腫。或患梅毒或結核病。或生贅瘤所致。血袋多有特殊歷史。其中央爲液體。周圍爲略硬之質。睾丸患慢性炎或梅毒。致長大者。若無梅毒歷史則難辨認。若睾丸甚硬。並失特覺。而其面平齊。且病累睾丸體。或兼有水袋。大抵屬梅毒性。患結核病者。年歲較輕。常多累及副睾使之生疣。早已波及精索。鞘膜罕有水袋。多致生膿。然睾丸體未至完全消滅。仍

有特覺。贅瘤以手托之而覺重。與結核及梅毒症不同。順瘤略圓遲長而不累精索。惡瘤速長。疼痛較劇。早已累及精索並腰部之淋巴腺。二睪丸受累。多因結核或楊梅毒症。少因惡瘤。然有若干病案。於未刺針或剖開之際。則難斷定其病。除局部之境況外。另須詳查病者之來歷。年齡及其平素之習慣。曾患何病。亦須診視內臟有無病症。如肺或腎患結核症或某處生繼性惡瘤者是也。

睪丸割除術 CASTRATION

有多病宜如此治理。卽異位之弊、結核症、慢性血袋贅瘤等。其術於恥骨部與會陰處。先應薙洗潔淨。外科士立於病者之病側。若睪丸大且貼陰囊組織。則刀口必居陰囊。否則須較上。卽對精索。不傷及陰囊之皮。割口上端必須對腹股皮下環。俾能割斷精索之上段。若爲結核或惡瘤。則腹股溝管亦須剖開至腹環。遂將睪丸或瘤由其所包之組織翻出。將精索自鄰物分離。以絲線穿其上端。縛妥而斷之。（有將精索各組織一一縛之者、然其裨益不大。）精索之存留段宜愼爲止血。始能復還入管內。陰囊之流血處或甚多。須縛之妥善。將刀口縫合。陰囊須置一引流管。管之外端透至割口上端。以遠離會陰處。

割除二睾丸術。以半月形之刀口爲佳。其二角即對左右二腹股溝環。中段包括陰囊前之若干皮。此皮無用。須割除之。以使陰囊縮小。

精囊之患 AFFECTIONS OF THE VESICULAE SEMINALES

急性精囊炎　略爲罕見。然有因痳(白濁)疾而起者。與前列腺炎同見。則會陰處之深部疼痛。膀胱頸被惹而小便頻數。大便疼痛。可由直腸捫其精囊大而痛。若生膿則多穿入直腸。然有破至膀胱或腹腔者。其未生膿者。多與痳疾同時而瘉。若已生膿。最妙之法。乃由會陰處割一深口放膿。割時將一指置入直腸內。以作引刀之用。

次急性及慢性之精囊炎　較爲多見。兼有前列腺炎。尿道出白色淡液 (Gleet) 多由此故。或致遺精及陰莖強直。精囊腫大。由直腸可捫悉。頗痛。或痛傳遞至背。　治法與慢性前列腺炎同。

精囊之結核症　其故因睾丸結核症由輸精管累及之。常與前列腺並膀胱底之結核症同見。由直腸可捫悉。若成膿腫。則膿穿至直腸或膀胱。或穿通二者成直腸膀胱通瘺。若由會陰處割一橫列之弓形口。推直腸向後。擁膀胱及前列腺向前。始可呈露精囊。露出以後。或能完全割除。或可割一口將似豆腐質挖出。

陰囊之患 AFFECTIONS OF THE SCROTUM

陰囊損傷　有時被打而生痏。或內流血。血流多者。又名爲陰囊血瘀。有時陰囊皮等受刺傷。或傷達至鞘膜內。致睾丸脫出或否。間有陰囊受抓傷致一或二睾丸脫出者。　須使潔淨。若累及他粗織難以保全。須割除之。置引流管而縫合。

若陰囊織被滅較多。可以腹股溝處之皮片修補之。或用替耳氏 Thiersch 接補術亦可。

陰囊海綿組織炎(絨膶炎) Cellulitis of scrotum 多因被尿侵入。又因他故。則身中毒頗劇。致力衰弱。陰囊組織多腐壞而脫。睾丸或亦受累。然病一至轉級。則新組織生長甚速。

陰囊水腫 多因全身水腫。或因腹水。有腫至甚大者。陰囊炎性水腫多為丹毒 (瘇) Erysipelas。然無丹毒常見之紅色。腫勢頗大。至外皮或死。至死塊顯出一定界限之時。須割除之。縫合傷口。或任其長肉芽而瘉。

陰囊瘺 多因附近尿道之膿腫(癰)。而膿向外穿破。(見會陰處之症)

瘺管 多因睾丸之結核或梅毒症所致。

陰囊癩 常為煩難。發癢不適。有因蝨或因衣服不潔。常至激惹陰囊縐摺之皮。掃除煙炱、及製黑煤油、煤油蠟之工人患之較多。皮面長瘊。亦有變為上皮癌(疽)者。狀與他癌同。有時深組織之細胞含有煙點。腹股溝淋巴腺受累較遲。病進行甚慢。 治法、若生癩者。以潔淨為要。可敷收歛性淡洗藥。或安撫藥粉。成癌者、須將病處與淋巴腺割除。

陰囊象皮症 詳於第二百七十三頁。

第四十三章　婦女生殖器之外科

SURGERY OF THE FEMALE GENITAL ORGANS

此類病有歸專門婦科者。如陰道之疾。茲不備述。本章專論女陰之數病。且需剖腹以施手術者。因此類病症。或延外科醫士診治。

女陰（陰門）之疾　AFFECTIONS OF THE VULVA

外生殖器受傷　Injuries to the external genitalia

有因直接受外力者。亦有因生產時逼胎外出之力過大所致者。若非孕婦此等損傷。其結局及治法。與他處無異。茲不必論。然有時因被擊。或落於硬尖之物上。如豎立之木杆等。則直腸（肛）與陰道間之隔。致有破傷。其傷處常現瘀狀。邊多不齊。故當時縫之無效。惟須時常灌洗。使傷處潔淨。冀生肉芽以漸補其缺。不然則遺有瘺。後則須用修補術。若原傷處之口潔淨。則當時施手術縫之爲佳。若爲受孕之婦。或女陰之靜脈已脹曲。則傷口或流血過甚。如外皮未破。則見有血袋。陰戶卽甚腫而變硬。蓋血積故也。惟皮或擦破者。每多生膿。治法若爲明傷。只按外科普通法治之。若其血袋有礙於分娩。或須割開。將凝血除去。非分娩者。可用凉性藥水敷之。若血袋仍不消散。或內生膿。卽宜施手術割開。以除其血。塞以潔淨紗布。使其生肉芽而得瘉。

SURGERY OF THE FEMALE GENITAL ORGANS

女陰靜脈脹曲 Varix of vulva

多爲腿靜脈脹曲所累及。亦有因髂外靜脈塞閉。致血由鄰處。如女陰(陰門)之靜脈而回。患之者。或只有一二由陰阜橫過之靜脈受累。或女陰之靜脈多長而成大纍。至孕時。其纍常生長更甚。最爲可懼。因靜脈略受傷則易破也。治法若曲靜脈使病者不安。或致皮癢等。則可盡心用滅菌(穢)法而割除之。

女陰炎 Vulvitis

卽陰道前庭之粘膜(洄膜)炎。其故在不潔淨。或因白濁。或有由上來之惹性膿液等。粘膜盈血。痛如火燒。或作癢。行走時更甚。生粘液或粘液膿。致陰脣相粘。有時粘液腺受累生瘒(膿瘍又名膿腫)。其瘒或在粘膜浮面下。或在陰脣體之內。治法須用溫性且略有斂性之洗藥。如醋酸鉛(鉛養醋礬)淡溶液洗之。或坐於熱水盆內。亦有效。此外尙須安息。且服朴硝類之瀉藥。粘液腺生瘒者。宜由粘膜割開。置少許紗布於內。陰脣之瘒。當於其初變軟之處割一巨口。塞以紗布。使其由深處漸長而痊。

陰道炎 Vaginitis

有隨陰脣炎而起者。有與子宮炎並起者。其無他病者。多因受傷所致。如用不合宜之子宮托環。或交媾不順而用力過猛。惟患白濁者。其陰道炎不至甚劇。其病狀乃覺熱而且痛。小便頻亦痛。多流粘液膿。有兼患子宮及輸卵管(卵管)炎者。因病直累及之也。治法急性者、須用溫良性之洗藥類射入。且坐於熱水盆內。慢性者。則用斂性洗藥爲妙。

陰唇袋 (Cysts of the labia)　有因某粘液腺管或前庭大腺(陰門大腺)之管塞閉所致。如生長最大致人不安者。可全行割除之。陰唇之他瘤如疽(瘡)等無特別之性象可按外科普通法治之

圓靭帶之病 Affections of the round ligament　此非罕見。若女腹股溝管(女胎肷道管)未閉。則或有先天性腹股溝疝 (Congenital inguinal hernia)　多見於少年婦女。施手術以治之之時。須以線共縛疝囊之底與其圓靭帶。　圓靭帶之袋其故亦因女腹股溝管之一段仍通而積漿液(潤液)。則或正在腹股溝管皮下環(淺口)之下。有球形之硬團。須解剖以去之。有雙袋者。內外二段彼此相通。內段居腹內有時甚大裏面有漿液膜。且含液頗多。　圓靭帶之瘤。此蓋罕見。間有生淋巴管瘤。或纖維(筋)肌瘤者。曾有子宮生纖維肌瘤。致子宮必行割去。其圓靭帶亦生此瘤。其大如橘。

子宮移位 Uterine displacements　子宮正常之位置。及其略向前倒之方向。蓋有數故。彼此相助。而其位置與方向異常者亦有多故。或因無物托之。如會陰破裂。或因其上有物擠壓。或其本體過重。如產後尚未復原。又或因慢性炎。或生瘤或盆結締織(連胭)患粘液性炎。牽累子宮。其移位最多見者。乃前倒或前屈。及後倒或後屈也。亦有下墜名子宮脫者。其各種情狀與平常治法。茲姑不述。只舉手術數種。前移位者。無特别之手術。後移位者。有時須割腹前壁治之。其總

術有二。(甲)圓靭帶減短術 Shortening of round ligaments 此又分二類。即腹膜外術。與腹膜內術是也。腹膜外術。又名亞氏術 Alexander's operation 若無兼患。此法甚便。須剖露左右二腹股溝。將腹外(淺)斜肌撥開。尋二圓靭帶。與鄰物分開扯緊。而剪其所長之鬆段。以線將其帶之底縫於腹股溝管內。且閉該管之口。遂縫合腹外斜肌。第二卽腹膜內術。用此法時。亦可診察盆內之器官。須在腹白線(紋)處割一小口。將左右二圓靭帶與他物分淸。各須摺疊縫合。使之短緊而無鬆弛之弊。比較第一法爲尤妙。後或當用托子宮環。

亦有更佳之法。卽剖開腹膜。將二圓靭帶與鄰物分開。使成一襻。遂於腹中線二百分米處。割爲左右二小孔。以通腹膜及腹直肌。並此肌之前鞘。則引各帶之襻由內至外。穿本側之孔。後縫合腹中線之肌等。卽將二帶扯緊。在肌連合處之前縫合。且縫之於腹壁。如此則子宮向前已復原位。而安定如常矣。

(乙)子宮腹壁縫合術 Hysteropexy (ventro-fixation) 如係未至經絕期者。此法須少用。免有妨於孕也。於恥骨聯合(𦝫節)上割二三寸長之豎口。用雙爪鉗將子宮底向前拉之。遂取三條蠶縫線。各線須穿刀口此側之皮。與腹壁腹膜。及子宮之底上或略後。(其穿子宮處須長四分寸之三。深八分寸之一。) 其線又從彼側之腹膜腹壁等而出。至第二第三線。穿腹壁處略上。線既

第四百五十七圖



FIG. 457 A INCISION FOR REPAIRING RUPTURED PERINEUM
B VAGINAL FLAP DISSECTED UP AND DRAWN FORWARDS
C OPERATION FOR REPAIRING A RUPTURED PERINEUM

A 圖會陰破裂之刀口

B 圖陰道後壁已剖開且被拉向前有線縫之

C 圖手術畢後之縫合式

扯緊。則子宮定於腹前壁。未幾即粘連矣。(經八日後蠶縫線即可取出)。有略刮子宮面而後縛線者。則粘連更易。迨後粘連之組織雖略鬆。子宮稍形活動。然不至再移位。

子宮脫 Prolapse of the uterus 多見於會陰破裂及子宮慢性炎之人。其先即陰道前壁讓而累及膀胱。故小便難而痛。或過頻。其次即子宮下墜。或由女陰凸出。則陰道外翻。使其壁變乾如皮。或因常被惹而致潰瘍。

治法　按其病狀及原因而異。子宮大且發炎者。或須以利匙刮其內面使之變小而輕。若會陰處有缺。則當

修補。有時可用子宮托環防其脫落。以俟盆下口之組織原力恢復。而能托子宮如故。有時須施子宮腹壁縫合術。然病甚劇者。須由陰道割除子宮。且宜施術減小陰道之腔。

會陰破裂之修補術 Repairing ruptured perineum

其法不一。因破裂之大小深淺有別。此患多因分娩最難所致。產後須立卽修補之。因其時會陰處已張甚。而知覺甚不靈敏。故易爲之。不然恐病者以後不肯再受割術也。若破裂未至肛門。須按第四百五十七圖之法修補之。卽割一刀口。循女陰之後廉向左右。至小陰脣之後端爲止。將口割深。則可分開陰道後壁與直腸。宜注意其二者之壁切勿割通。遂將粘膜片移之向後。且以線橫縫其傷口。則又成會陰體矣。若破裂累及肛門。須由陰道施手術以治之。見專門婦科書。

第四百五十八圖



FIG. 458 DIAGRAM OF UTERUS WITH FIBRO-MYOMATA
1, INTERSTITIAL FIBROID
2, SUBMUCOUS FIBROID
3, SUBSEROUS FIBROID

子宮纖維筋肌瘤
1, 壁間纖維瘤
2, 粘膜下纖維瘤
3, 漿液膜下纖維瘤

子宮之瘤 UTERINE TUMORS

子宮之纖維(筋)肌瘤 Fibro-myomata

非屬罕見。多長於生殖器行功之數十年間。因

位置及大小不一。故其形狀亦各異。任子宮何處均能發生。但多見於子宮後壁。且在其壁夾層之間。故名壁間纖維肌瘤。(見四百五十八圖1)。若瘤近壁之內面。則多凸於子宮內。名粘膜下瘤。(見四百五十八圖2)。有近子宮外面而起者。則凸至腹膜腔。名漿液膜(潤膜)下瘤。(見四百五十八圖3)。有凸出特甚而成長蒂者。如此則在子宮內。卽成纖維肌性瘜肉。或能由子宮口露出。有時被勒或被扭。致成死肉而脫落。或極發炎。其漿液膜下者亦然。有成死肉者。有粘連他器官、(如網膜舊名胃胴膫)後因蒂消瘦、由子宮分離者。

纖維肌瘤之結構　多爲子宮類之肌纖維。與如許纖維性間質。及血管相雜所成。有含血管少致瘤體變硬者。有含血管多而變軟者。軟瘤生長最速。瘤外有包膜。其結構疏密不一。有時多含大靜脈。靜脈破則流血頗多。子宮大半盈血而長大。粘膜變厚或發炎。有時卵管受累。發炎生膿。

子宮肌瘤繼起之變　有數等。或成水腫。或營養缺乏而敗變爲袋。此多見於少年人。成爲子宮之纖維性袋症。老年人之瘤久已停長者。或有錯礬(石灰)性變。致瘤甚硬如石。有時中年人亦略同此。但不至如石之硬也。至以X光察盆之時。須知所顯圓形影或卽此瘤。有時瘤面之粘膜被探條所傷。則瘤織或發炎而染膿菌。或生瘴(膿腫)。有時發炎後或因欠血之故。則瘤織成死肉而脫落。至於此等瘤之變爲疪(肉瘤)者。仍無確據。

病狀 人各不同。多爲流血及他器官受壓。有只在行經時流血者。名月經過多 Menorrhagia。亦有常時流血者。名痈 Metrorrhagia。 夫漿液(潤)膜下及壁間之瘤。或不流血。但在粘膜下者。常多流血。因該膜每盈血而變軟。有流血甚劇。致人乏血而身之流質亦過少者。若係漿液膜下瘤而未被扭。且未塞於盆內則大抵不痛。若瘤上凸至腹內。然未甚壓他器官。則覺有重物而已。若瘤大半居於盆內。如由子宮頸起者。長入闊靭帶(廣筋帶)。或塞於盆內。則狀甚苦。最難忍受。例如膀胱受惹。小便難而且痛。或直腸亦受壓。致大便結或下墜。或輸尿管(腎胱管)受壓。致腎盂(總庖)積尿。若盆內之腦經被壓。則有下肢腦經痛之慮。倘粘膜下瘤有長蒂。易惹子宮強縮。而欲逼出之。

診斷 以捫法並手指與探器之查法爲要。若一手捫腹。一手查陰道(名雙手對診法)卽可知子宮大小及形狀。其法以一指插入直腸。一指入陰道爲妙。子宮腔之長短。或偏轉與否。以器探之可知。

判斷結局 此須先審愼考量。方可定施手術否。至經絕期此症常有變輕者。卽瘤消瘦。亦不流血矣。但有不然者。於病近經絕期而無重狀者。勿輕動手。若係青年且病重。致衰弱難於工作者。則須施手術。且無論老少。凡血流過多。或現盆內受壓之狀。均宜割之。

治法 病輕而無須用手術者。只可於行經期休養。服麥角(丫葛)流膏。並鐵類藥。施手術之法

有二種。卽將瘤由子宮壁剜出。與將子宮割除或併卵巢(腺)輸卵管(卵管)一概割除是也。

(一)肌瘤割除術　卽將肌瘤由子宮壁剜出。若瘤凸至子宮內。或陰道內成瘜肉。則可由陰道割之。卽使子宮頸張開。割瘤之粘膜以指剜出之。至於漿液膜下之瘤。亦可如此治之。有因他症剖腹而見此瘤者。宜將腹膜割一縱口。以露瘤之包膜。次以指插入。圍繞瘤體以剜出之。若此者每流血不多。後用二三深縫縫合子宮體。且以淺縫縫合腹膜。引流物大抵不必用。

(二)由腹壁割除子宮術　治肌瘤此術爲妙。有時子宮頸不必全行割去。名陰道上割除子宮術。有時須將子宮體及頸全行割去。名全子宮割除術。二法之初級相同。惟第二術需時較久。危險較大。

病人宜謹愼按法預備。與他腹部割術同。卽恥骨部與陰部。須薙其毛而使潔淨。宜灌洗陰道數日。且於陰門墊滅毒之敷料。有時當另以利匙刮其子宮。並上強性之滅毒藥。至割時先施迷蒙藥。隨使病者作垂頭臥式。於腹正中線割一口。詳細審查盆內器官。若無粘連之處。以紗布蓋護其腸。免其露出或受傷。如瘤粘於網膜(膫)或腸等處。須如法分開。後將粘連處以腹膜蓋之。或以網膜之一塊蓋之亦可。繼以宋氏 Doyens 肌瘤螺旋夾器。或穩妥之雙爪鉗將子宮持定。由傷口提起。遂考查其闊靭帶。且酌奪能否救護卵巢輸卵管。在青年婦人。若無大妨害。當爲之留一

卵巢。免有非天然(卽人工)之絕經。致腦部易患功病。割闊靱帶以除去卵巢。或不除去卵巢。其割口。見第四百五十九圖之虛線。以長把針帶有糞妥之絲線穿圓靱帶。以持定卵巢動脈靜

第四百五十九圖

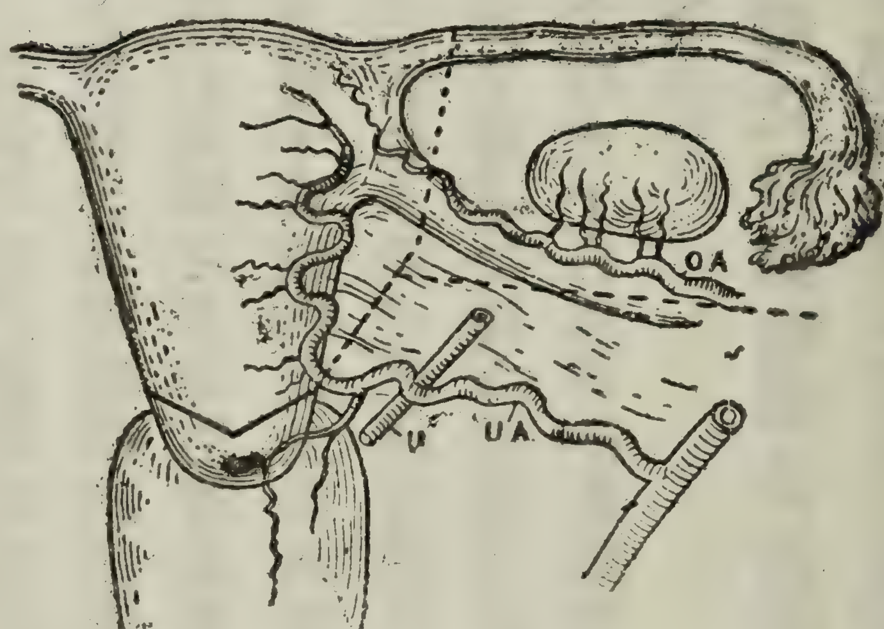


FIG. 459 DIAGRAM OF UTERUS, VAGINA, AND BROAD LIGAMENT SEEN FROM IN FRONT

O. A., Ovarian artery, U. A., Uterine Artery; U. ureter. The dotted lines represent the division of the Broad Ligament in hysterectomy according to whether or not the ovary is removed. The continuous dark lines crossing the uterus indicate the incisions through the uterine substance in supra-vaginal hysterectomy

子宮陰道闊靭帶自前面之表圖 O.A.,卵巢動脈U.A.,子宮動脈U.,輸尿管 點線表明子宮割除時宜在何處割斷闊靭帶(卵巢或留或否)黑線表明陰道上割除子宮時宜在何處割斷子宮

脈。於距子宮略遠處緊縛之。可用寬鋏近子宮體夾住闊靱帶。免靜脈血返流而出。遂剪去該靱帶之上半。其剪面有時可見卵巢動脈之割端。則當單獨縛之。亦須縛伴圓靱帶之小動脈。隨仿此縛彼側之卵巢動脈。乃在子宮前壁之漿液膜割一橫口。使與二側闊靱帶之割口相連。橫口下之腹膜及膀胱。須由子宮頸分離。庶挑開各靱帶二層間隙。可見其內有子宮血管。如能將動脈單獨縛之更佳。此時宜緊貼子宮辦理。以免傷及輸尿管。該管由後往前。經子宮動脈之下至膀胱底。幾與子宮內口平。如此其動脈靜脈皆縛

妥而剪斷之。此時子宮只以陰道及子宮頸間之組織。與子宮及直腸間之腹膜。連有盆底。若施陰道上之除子宮術。則可割斷子宮頸。使成前後兩片。其後之腹膜亦可割斷。其頸之切面。若有小血管可縛之。遂將頸之二片謹愼縫合。以閉頸管。後將前後之腹膜縫合。以蓋頸根。又用線接之以縫合各闊靭帶之二層。如此則盆底成橫排之縫口。後依法將腹穴底拭淨。而縫合腹壁之口。引流物可不必用。若瘤累及子宮頸。致頸難救。在縛子宮動脈之後。須於子宮後割開陰道項。而將子宮頸由後至前與鄰物漸漸分離。辦理時宜緊貼子宮。以免傷及二側之輸尿管及前面之膀胱。其時必遇陰道動脈之數枝可縛之。陰道之傷口。不必全行縫嚴。須置倭朱仿紗一小條。通至陰道。後縫合盆底之腹膜。及左右二闊靭帶。法與上同。二法均須以滅毒之敷料塡於陰門。全割去子宮者。宜日日灌洗陰道。至第三日可另換倭朱仿紗。此術之果效甚佳。被治者死數最少。

二側之卵巢輸卵管割除術 Double salpingo-oöphorectomy　昔日多用此術。以成非天然之絕經。則肌瘤流血少。而生長亦較緩。然病者之盆內仍有重瘤。故近來將子宮一併割除者爲多。

子宮疙(肉瘤) Sarcoma of the uterus　此屬罕見。有原起者。有隨肌瘤而繼發者。多爲梭形細

胞(腜)疣。體質略硬。但硬不如肌瘤。且含血管亦較多也。有體質更軟者。間因疣內盛粘液組織(洄連胭)。常累及子宮之體而少累及其頸。或先向粘膜蔓延。或生於肌織內成局部之瘤。且有子疣累及陰道等。病之進行。較肌瘤甚速。然病狀大抵相同。惟陰道之流出物較多。且有惡臭。或含疣之碎屑。須以全子宮割除術治之。

子宮疽(癌) Carcinoma of the uterus 婦人患疽以此處為多。其因疽而死者。子宮疽居百分之三十。患在三十歲以下之婦女者罕。而在四五十歲者多。且多為經產之婦。諒子宮頸曾已破裂。或發炎潰爛故也。此疽常起於子宮頸。而少起於其體。頸疽之初狀不一。(甲)頸內之腺過長成疣形。(乙)頸之陰道段生凸出之膚疽(上皮癌)儼如惡性之莿疣。(丙)頸之上皮及其腺蔓延受累。故其細胞多成柱形。無論何種以陰道受累為早。而子宮體被累較遲。闊靭帶受累亦早。因接納患處之靜脈與淋巴管該帶受侵變硬致固定子宮。遲早必見直腸(肛)膀胱或盆血管腦經被壓之狀。終則疽織潰爛。甚致通入膀胱或直腸。則糞尿等流至陰道。使其變為最臭之竇。且腹膜發粘性炎。致疽無隙通至腹腔內。 子宮體之疽。由粘膜及粘膜腺而起。屬柱狀細胞類。蔓延甚速。累及子宮之全腔。使變成潰爛之窩。而常多出血性流質。不拘何種疽。淋巴腺必受染。先為盆腺。次為髂腺。或腹股溝(胑)腺亦然。輸尿管或受壓。致腎盂(總卮)積尿。髂血管亦或受

壓。致下肢水腫。亦有靜脈內盛血團。其一塊脫落。成漂團至肺。而人遂絕命者。然子疽累及全體之器官。則甚罕見。

病狀 最要者乃疼痛流血出臭液。惜乎痛非在先。故病者未求診前。而病根已深。及至累及子宮體。或子宮外接鄰織。而始覺痛。其痛爲痠或皺及鑽等。至病之末期。痛或甚劇。至需以嗎啡大劑射入皮下。疽面潰爛愈少。則痛愈甚。背與乳並下肢等處雖無病。亦覺有反射之痛。流血者先或爲經液加多。然後其血常流。且雜有最臭之粘液性膿與疽之碎屑。醫士遇經絕以後。而見其流血性液者。須詳查其盆內之器官也。　身體漸顯瘦弱。並現疽性體衰敗之狀。且另有膀胱直腸受累之徵。　以指察陰道則有疽之特狀。卽子宮頸變厚生疣。或有潰爛開花之團。與菿瘤相似。凸至陰道內。且累其壁。或可揷一指入子宮口。捫其穴之內面。知其爲潰爛不平之疽質所成。宜細查其疽。或已蔓延至闊靭帶內否。陰道壁已多受累否。子宮能動否。以定能否施手術除去。若闊靭帶或陰道壁頗爲受累。或子宮已緊貼直腸或膀胱。則不能割除之矣。有初起子宮頸略潰爛者。致難知係疽否。須除爛面之小塊。以顯微鏡查其組織。

斷根治法 Radical treatment　只可用於病輕者。昔人每見疽僅累及子宮頸。而只將其頸割斷。今知此術不足以斷病根。須施全子宮割除術方可。

子宮割除術 Hysterectomy 此術有二。(1)由陰道除之。(2)由腹內除之。 由陰道割除術 病輕而日淺者。或可用此術則少有危險。但此術施於闊靭帶頗難得法。或盆內有粘連之處。亦難爲力。此術之細則。詳於專門婦科書。 由腹內割除術 此法更較合理。若病未蔓延太廣。而患者身體強健。常可用之。肥聽氏全子宮割除術 Wertheim's pan-hysterectomy 甚佳。乃割除全子宮。陰道上段。及左右闊靭帶並循髂血管之鬆結締織（連胭）及淋巴腺。最要者先用利匙及烙具滅菌藥等。使子宮頸之病處潔淨。割腹時病者須作垂頭仰臥式在臍下循腹白線（紋）割一口。以紗布將腸推上使與盆相離。細查盆部。隨於盆後壁兩側闊靭帶底之後割一刀口。露明左右二輸尿管。各宜向前至膀胱。與鄰物詳細分辨。慎勿傷其並行之血管。若能如此。則該管雖無多組織團繞。亦不至變死。此時子宮動脈之根亦必露出。可取線雙縛之。闊靭帶須近盆旁壁剪斷。然當先縛妥所入之血管。次割開子宮前之腹膜。且將膀胱向前清分。至陰道子宮前窩在子宮後亦須如此解剖。使其與直腸割分。則子宮只連陰道而已。宜以二正角形鋏持陰道。乃於二鋏間割斷之。若病者強健。可循髂血管向上以割腹膜。又將鬆結締織及變大之淋巴腺。由下至主動脈（總脈）分叉處割除之。子宮既已割出。所有空處以倭朵仿紗塞之。使紗通至陰道。遂在紗上將腹膜愼爲縫合。受此術而死者。約百分之二十。但今日外科技藝日精。死者亦漸少。論其危險

約略有三。一腹膜受染。二疽細胞傳佈他處。三輸尿管受傷。

減狀治法 Palliative treatment 不能施手術者。宜止其流血。洗滌患處以減其毒。服嗎啡以止痛。有時可以利匙刮除疽面之凸塊。使敗液易於流出。此病用銳 Radium 治之。亦或有大效。究之此病多由子宮口破爛所致。故醫士遇此口生患。須趁早施治免其後生疽。

絨毛膜上皮瘤（胎莿膜疽） (Chorio-epithelioma) 卽該膜之絨毛長大成瘤。其質軟易流血。侵子宮壁使其變薄。瘤細胞入靜脈腔。早散布全身。而先累及肺矣。疽體軟。多含流質。略似莿瘤。累及子宮體或至其底。有謂此爲惡性之疱形胎塊。因其狀及組織與之相似也。其特別組織。卽有大合體細胞。由絨毛膜之絨毛外層生長。現爲原漿（元漿）團。內含多黑核。此外常含甚多肝澱粉（獸糖）之小細胞。形亦不一。且現核分裂之狀。然團內少見絨毛膜之絨毛。卵巢之組織有時亦變。卽卵泡黃痕變壞成袋。臨診時其病之特狀如下。約在正常產後而顯。諒因胎盤之一塊未能逼出。致現此等之惡性。最多者在月份太淺之小產後。或生出頗大葡萄形胎塊。後因而致死。血流不止。或仍流而加甚。醫士以爲子宮內仍有胎盤塊存留。而施刮術除之。須以顯微鏡查驗其質。若一見此等之特別組織。切勿延誤。宜立將子宮割除。儻輕忽不治。則流血增加。子宮長大。他處生子瘤。更顯於肺內矣。蓋此瘤性甚惡劣。致病者易於速亡。 治法須將子宮及卵巢全行割除。若瘤細胞尚未散布他處。則有極好希望。

輸卵管之病 AFFECTIONS OF THE FALLOPIAN TUBES

輸卵管膿腫 Pyosalpinx 因其管膜炎所致。炎之故多爲白濁球菌（雙點稑）。或子宮於產後

或小產後染膿菌延及之。抑或有結核桿菌（瘰桿稚。）有急性者。則兼有子宮或腹膜炎之病狀。故難辨明。然多爲次急性或慢性者。大半二管同時受累。亦有生膿而波及卵巢者。無論炎之急慢。其結局常爲管之二端被塞或全閉至不能復通。其外端之口。或爲纖維素（血絲）塞住或管繖（繸）粘於鄰器官。管乃擴張。常增長而彎曲。（見四百六十圖）含膿頗多。膿初有細菌。日久細菌或死。則膿失其毒性。管面之腹膜。多與鄰物相粘（粘性炎）。故管內之膿或穿至陰道。或膀胱直腸小腸。抑或至腹膜腔等處。輸卵管積結核性（瘰）膿者。因其粘膜受染也。有原起者。乃菌由血而至。然繼起者多。因子宮或腹膜患結核所致。二管常受累。積似凝乳之膿。後膿變爲豆腐樣質。或敗壞爲鈣礬（石灰性變）。有時

第四百六十圖

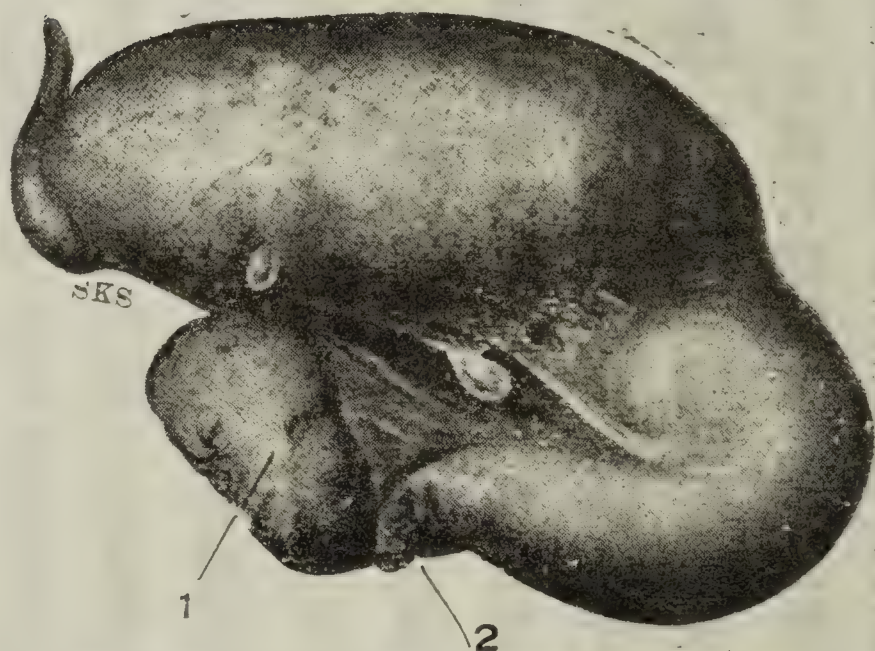


FIG. 460 PYOSALPINX. SHOWING THE FALLOPIAN TUBE BENT OVER ON ITSELF
1, OVARY; 2, UTERINE END OF THE TUBE

曲彎管致膿積管卵輸
1 卵巢 2 輸卵管之終管

該管成爲纖維織（筋胭）團。團內包有豆腐樣質之塊。管外面貼於鄰處。若病起於輸卵管。則或由其腹口累及腹膜腔。致盆患腹膜結核性炎。然腹膜他處或不受累。因有粘着物之阻隔。

病史 急性者如因白濁或受膿菌之染者。則狀與盆腹膜炎無異。病者躺臥。大腿彎起。溫度高。或亦發寒顫。腹下部捫之甚痛。由陰道查之。則知盆內各處較硬且痛。病有時進行。致盆內生膿。即有膿腫(瘴)成於腹膜腔內。或於闊靭帶之內外而穿至皮外。或至某器官內。然多數其急狀漸退。遂現慢性病狀。亦有其先並無急狀者。慢性狀最顯著者爲痛。或係恒定之扯痛。射至於背。用力時更顯。或痛只見於行經期內。病每發時。患者躺臥至七或十日。現以上諸狀。如此者所見不鮮。若盆內之粘着處多。則大小便時或亦甚痛。病人運動爲難。即行走時或向前屈身。以弛腹壁之肌。或按手於腹下部以托之。至行經期各狀更顯。流血較多且久。而溫度亦升。若已生膿。則或見潮熱。及血中毒之狀。其膿穿至陰道。或他器官。其膿口大易於流出者。則病或得瘉。診陰道可捫得漲大而覺痛之輸卵管。子宮亦無平常之活動。且陰道頂較硬。

治法 病急者須躺臥。腹部敷熱濕布。陰道可以熱藥水灌洗。若極痛或需嗎啡。大半當割除其輸卵管。但若能待急狀退去。始施手術爲佳。割術之難易。因輸卵管粘着處之多少而異。病久者。其膿內之細菌死活不定。故施手術時務宜謹慎。設法防菌以免有染毒之害。若能救其一或二卵巢。即當救之。防病者有急性經絕之弊。有時由陰道穹窿(頂)即可割達其膿處。則無剖腹之危險。然究屬罕見。又陰道之狀須最明顯方可割之。否則不敢冒昧。

輸卵管積液 Hydrosalpinx 多因子宮久炎累及輸卵管。致管之二口閉塞。其粘液漲滿管內。或致成頗大之袋須剖腹以治之。

輸卵管孕 Tubal gestation 卽受孕之卵不居子宮。乃發育於輸卵管內。其原因未詳。或因該管扭轉或彎屈成角。致卵難於前行。有時孕卵棲於腹膜腔。或緊貼卵巢。然二者均屬繼發性。卽卵本在管內而後排出。輸卵管任何部份均可受累。故分三等。(一)子宮壁輸卵管孕。卽卵發育於管穿子宮壁之處。(二)輸卵管中段孕。(三)輸卵管漏斗孕或名輸卵管卵巢孕。卽孕在管之外側端。

管之肌衣張甚。且先已長厚。粘腹盈血而變爲蛻膜(墜衣)。不久肌絲化爲無有。而成纖維結締織(筋胭)胎盤貼壁之處漸形消瘦。則輸卵管遲早必然破裂。致卵排出而入腹膜腔。或至闊韌帶內。有死於此者。有因胎盤貼腸等而仍長者。同時子宮亦長。且內面生墜衣。然較正常孕者小。如至第五月。其大只有正常者三分之二。卽滿孕期時。亦不過有四至六寸之長耳。有時管破。則子宮兼排出墜衣。似子宮模型。且見惡露。以後子宮則漸復原。

病史 人各不同。強健之靑年婦人未曾受孕者。患之較少。其患之者大抵因輸卵管生長不甚完善。然在經產婦女。及已有盆病者多患之。諒因輸卵管曾發炎。或盆腹膜有粘連之處所致。有

時病者因久未受孕。則月經一次不行。亦不以爲係受孕之故。有時覺盆有痙攣性之痛。且流含血之液。與小產略同。病者就診既早。大半無孕期之特狀。若病孕仍存。其狀或略異於常。卽乳房長大。或有嘔吐。但經液未行全閉。病之初期診之。可捫得子宮旁有一能動且有定界之團。卽長大之輸卵也。　首數月之危險。卽輸卵管破裂。流血極甚。且或至死。輸卵管破裂可分二類。

(一)輸卵管破至腹膜內 Primary intraperitoneal rupture　多見於第六至第八星期內。卽卵漸長直至將管漲破。管之一半有如撕裂。流血頗多。有至身死者。有暫瘉數日後復流血者。有流血少而時常復發。且顯頭暈者。盆內或有定界之血袋。罕有卵與腹內器官以血管相連而猶發育者。尋常卵則死。孕卽止矣。

病狀　甚急可懼。病者腹下及盆如刀割之痛。面色變白。頭覺眩暈。腦力衰弱。腹下部捫之極痛。且此處之肌僵硬。至於腹膜腔含血之狀頗難斷定。究之所流之血或甚多也。若未至殞命者。則體弱甚。且發熱數日而痛漸退。儻仍流血。則甚險。否則血或漸被吸入淋巴系統。或集於盆而成血袋。袋或久存。或以後生膿。至須割開。

(二)輸卵管破至腹膜外 Primary extraperitoneal rupture　此因卵多向下發育於闊靭帶二層之間。若此者破裂略遲。卽在七至十二星期內。血流較少而狀亦較輕。由陰道診之在子

宮旁或可捫有血袋。其卵多死。血或被吸收。但被膿菌所染而成膿腫(瘇)者不少。亦有繼發破裂至腹膜腔者。其狀與上段所言者同。 子宮外懷孕。多不逾四月。然卵若免先時之危險。則仍可生長於腹內。(在管內仍生長者甚罕)。若仍生長則狀與正常之孕略異。乳房不見膨漲。胎身在腹內移動較常更顯。腹之二側所漲不齊。卽腹或過寬。胎易捫出。胎盤之鳴或甚清晰。或易常位。孕期滿或前一二月。有假分娩之狀。胎於此後大抵卽死。腹內之腫處略形減小。且子宮排出惡露。並漸復原。胎體漸得包膜圍繞。迨後胎或枯乾。或有石灰性變。(名石胎)或脂肪性變。抑或成膿。致穿向其他空器官。或至外皮。並有碎胎塊由膿瘺而出。

輸卵管懷孕破裂之治法 其大危險卽在流血。須按普通治流血法治之。卽使流血處露明。而縛其血管。此等流血既不現於外。故有於不知覺中而流血極多者。甚至腦力衰耗。致病者難忍受手術。苟如此或可以鹽水注射靜脈內冀補其力。後再施手術。亦有流血一次似將復原者。則須施手術與否殊難決定。因其或不再流血。且已流之血或漸消散故也。然亦有與此相反者。卽已流出之血變化成膿。或血復流。再者腹內之胎或已至死。或仍能長。均不可知。若子宮已排出粘膜之模。則大抵胎已死矣。至於腹內仍有活胎。則甚可懼。倘如此。大抵以施手術爲妙。若加慎重盡用滅毒之法其施手術時之危險不大。若於管未破以前。診斷其爲管內孕。則早割除

其管。此自然之理也。

管破至腹膜內者。須立刻施手術。或先以鹽水注射靜脈。當施手術時。可令助手接續射之。病者須垂頭仰臥。割口在腹白線(紋)下段。一至腹內。則有血液血塊流出甚多。宜以手揷入腹內。尋覓子宮。循子宮蹤至破裂之管。將其接近子宮之端持定。而鉗以血管鑷。其遠端亦可鉗住。遂將中段割除。其二端均縛穩妥。若病者強健。可將其腹膜腔內之血塊拭出。且將腹壁之刀口或全縫合。或置引流管。以後之治法與治他流血者同。

管破至腹膜外者。其手術與上略異。因其目的大都不在止血。乃在除其卵胚等物。或在止病者之痛。或在使其早痊。免血被吸收甚慢也。然其血袋或已受染。故須留意。病者須垂頭仰臥。刀口宜在腹正中線。以無菌紗將腸隔開。若腸有粘貼者。須細心分析。以露出其血袋。如此辦法。其袋或自破裂。或須割開。或以套鍼刺入而放其液。宜將病塊與鄰物劃分。縛其血管而全除之。若血已通至盆深處。或至闊韌帶夾層之間。則須除去其血塊等物。且以紗塞其穴。或置引流物於內。若已成膿。須與治盆腹膜炎之法同。間或能由陰道割開。設置引流。又或須由腹內治之。至子宮外孕繼續至四月以後者。其治法詳於產科書。

原發性輸卵管癌(疽) Primary cancer of the fallopian tube　起於管之粘膜。進行甚速。倘

管之腹口仍通。則早累及腹膜腔。猶有累及卵巢者。須細心診查。始能知本癌是否長於管內。如冒然爲之。恐難辨認。

卵巢及闊韌帶之袋瘤 CYSTS OF THE OVARY AND BROAD LIGAMENT.

第四百六十一圖

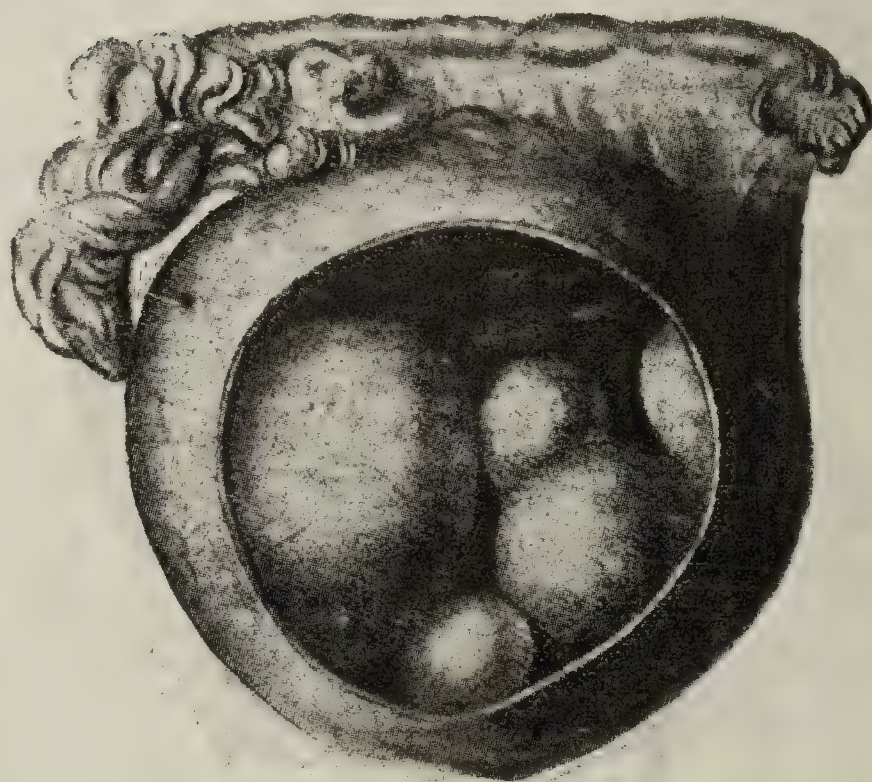


FIG. 461 PROLIFERATING CYSTO-ADENOMA OF THE OVARY
The main cyst has been laid open, to show the smaller cysts which project into its cavity

孳生性卵巢袋瘤剖開之可見內空含數小袋

此部之袋瘤分數種。其關於胎生學上之點。已詳於上。(見一百七十二頁)。茲按部位類別如下。

與卵巢關連之袋瘤 Cysts directly connected with the Ovary

(一)眞正卵巢袋瘤。或一枚或數枚。或顯孳生性。(二)卵巢旁體之袋瘤。兼現乳頭狀(莿)瘤之式。(三)卵黃體之袋瘤。(四)卵巢之皮樣袋瘤。或怪胎(雜胭)瘤。(五)惡性之卵巢袋瘤。多爲癌類。(六)闊韌帶含卵巢之袋瘤。

闊韌帶之袋瘤 Cysts of the Broad Lig.

(一)卵巢冠之袋瘤。(二)科貝氏管之袋瘤。(三)加

忒氏管之袋瘤。(四)輸卵管之袋瘤。(五)淋巴管之袋瘤。

真正卵巢袋瘤 True ovarian cysts

若名爲卵巢之腺袋瘤則更妥。每爲多房袋。常累及一側之卵巢。間有累及兩側者。瘤之起點。爲卵面之上皮(膚胭)向內生長。成爲筒形。或起於卵泡(脬)瘤漸長則小袋間之壁變薄。或化爲無有。亦有大袋內含小袋者。此等較多。(見四百六十一圖)袋內之液有稠粘性。略似粘液素 Mucin。色黃白。若袋內已流血。則色自變。 袋之大小極不一致。小者如橘。大者或壓腹內之器官。甚至使呼吸爲難。曾有一婦人。其袋瘤含液至三十二水磅之多。腹圍有六十五寸。下肢水腫。至有液下滴。不能躺臥者數月。夫袋瘤壁之厚薄與結構。人各不同有時新生上皮成頗大之團。終則上皮

第四百六十二圖

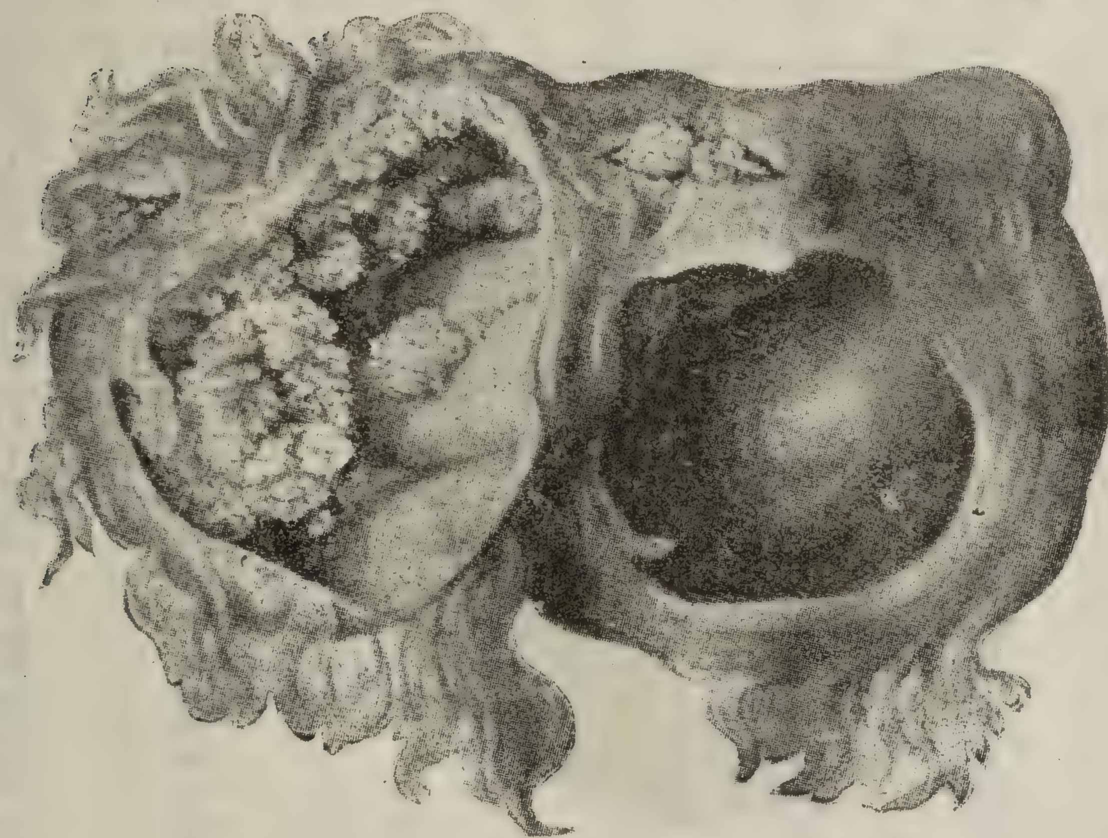


FIG. 462 CYST OF OVARY. (PAROOPHORITIC) WITH PROLIFERATING PAPILLOMATOUS INTRA-CYSTIC GROWTHS

卵巢旁體袋瘤、袋內有孳生性乳頭(莿)狀之組織、

或變壞至成新袋。袋瘤外面有腹膜掩蔽。且或粘於網膜（臁）及腸。闊靭帶及輸卵管受瘤之扯力則伸長。以成顯然之蒂。蒂含養瘤之血管。

卵巢旁體之袋瘤 Paroöphoritic cysts 性質與上略同。惟袋內或顯乳頭狀（蓟）瘤形。（見四百六十二圖）乳頭狀瘤或穿本袋之壁。通至腹膜腔內。故其性頗惡。原袋或一房或多房。亦有薄壁之大袋。內含若椰菜花之大團者。其面蓋有柱狀上皮。

卵黃體之袋瘤 Corpus luteum cysts 袋常衆多而不大。然間有大如拳者。其內之液略稠。因曾流血故色較深。袋裏衣之黃素細胞（胅）（Lutein cells）過長。此等瘤與絨毛膜上皮瘤（胎葪膜疽）或同時而現。（見上）

卵腺之皮樣袋瘤或怪胎（雜胭）瘤 Ovarian dermoids or Teratomata （見一百七十一頁）此袋常爲一房。有於嬰孩時見者。或於中年而始見。生長緩。易顯陣發性輕微扭轉之狀。其扭轉或至過甚。則病狀最急。

惡性之卵巢袋瘤（如疽類） 玆不詳論。

闊靭帶含卵巢之袋 Ovarian hydrocele 此屬罕見。袋口多有粘連之處。漸至生長合閉故袋內或有液圍繞卵巢。若此者生長不至甚大。

卵巢冠之袋瘤 Parovarian cysts　按胎生學所論。此冠爲初腎消瘦之餘物。在闊靭帶內可見其遺跡。袋漸長大。將闊靭帶二層分開。故卵巢並輸卵管被推向上。居於袋面。袋多居子宮旁而通至盆深處。常爲一房。其壁薄。內含淸液。袋旣如此生長。故無蒂。

科貝氏管之袋 Cysts of Kobelt's tubes　所見不鮮。究不關重要。因其形小。故不至有病狀。

其餘闊靭帶之袋瘤。因無特別之狀。故不詳述。

病史　卵巢袋瘤。初起時小。且居盆內。其病狀不必詳述。僅舉數端。卽行經之功或異常。如經液過多。盆內似覺受壓而痛。膀胱及直腸之功或被阻。此狀在闊靭帶之袋。較卵巢袋爲尤顯。病者每多待其瘤由盆已長入腹之時。始來求診。或自知其瘤由何側而起。瘤由漸而長。居腹之中線。在腹前壁之下。將腸推至腹後及二側。望之則見瘤向前凸出。然無凸出於腹之二側者。故與腹𤵸者有異。叩之則有暗響。然瘤之邊或被腸所掩。故其響略空。至於腹側則甚有空響。但患腹𤵸者。乃前中有空響。二側有暗響。與此正相反也。患瘤者。無論仰臥側臥。其叩響不變。而患腹𤵸者。則叩響隨身體之臥式而異。以捫法可捫出袋之界限。或知瘤亦居盆內。以手輕叩之。或覺有浪顫動。如爲卵巢冠之單房袋。則浪顫動甚顯。多房袋若無大房在前。每無顫動。有時可知其瘤能動。若用雙手診察法。更易知之。其瘤多將子宮牽上。而不凸至陰道頂。故陰道頗見過長。而

子宮頸難於捫得。有時子宮偏側。　腹內受壓之狀有數種。如消化不良。大便秘結。有礙身體之營養。則身體瘦弱。下腔靜脈受壓。致下肢水腫。腹壁之皮下靜脈或凸出。呼吸或甚被阻。其袋雖小。若塞於盆內。則盆器官受壓之狀或猝然增加。且直腸與膀胱被惹。

加雜病　此有多種。有不久卽使人絕命者。(一)發炎。因有數故。卽受傷或扭轉。或由鄰器官。如闌尾或輸卵管之細菌累及。炎輕而有限制者。瘤僅略粘連他物而已。如在袋瘤之深層發炎。生膿則病人卽顯腹內發炎常見之狀。卽疼痛。下肢屈起。溫度升高。嘔吐或大便秘結。以手捫瘤則覺痛與前相較。形略大。或界限亦不淸。如生膿則或流至腹膜腔。或穿至空器官。病不至死者。則卵巢每多粘連他物。是所難免。故所關甚重。(二)扭轉。袋瘤有長蒂者易至於此。但於皮樣袋Dermoids見者爲多。(若袋多粘連他物則不至有此。)其故或因腹壁之肌縮動不齊。而最後原因或在受傷。有病甚急。於破腹之時卽見其瘤蒂扭轉至二三週。此爲扭轉已略發數次之據。故有疑發炎較輕者不外乎此也。究之扭轉過甚。袋之血循環停止。而袋被勒。遂見無膿毒性之腹膜炎。若不早爲診治。則腹膜卽發普遍性炎。至腸癱而死。袋漲而滿血。或有血流入其內。易成死肉。病有因勞力後而忽發者。亦有無故而發者。痛甚。腦力衰。瘤較前大。緊張而捫痛。嘔吐。且大便結。狀若腸急性塞症。故有延醫較遲。而病歷不淸者。在未剖腹之前甚難決其究屬何症也。

(三一)破裂。有袋之壁漸薄而自破者。有因受傷而被破者。結局按其液性而異。驟破之時覺甚痛。且腦力猝衰。若流出之粘液稠似膠。則腹膜難免發炎。若爲漿液性而淸。則或被吸收而無大害。袋壁卽下塌易粘於鄰物。然袋之裏衣仍生液。或復滿其腔。

診斷　卵巢袋瘤之診斷。今只擇緊要者述之。如膀胱積尿者以導尿筒放之。腹疢者使其仰臥並側臥而愼施叩診術。如是卽可斷定。於子宮長大者。須先定其是否受孕。夫孕狀如子宮頸變軟。乳房漲大。子宮發鳴。經停。早晨惡心等據此可判別之。未受孕者。除診視陰道外。另可揷子宮探條而斷定。

治法　卵巢袋之大半以施卵巢割除術爲妙。於一八〇九年有美國醫士馬道氏 McDowel 首用此術大得明效。未除袋之先。或揷套針以放液與否。視情形而定。袋小者不必用。大者多用之。然若爲皮樣袋。或袋現孳生性之乳頭狀(莿)瘤者。雖大亦不可用針也。所以不用者。因施針時其液不免有滴於腹膜腔者。設或內含能生殖之細胞。則染其腔。迨後又生上皮性之瘤也。

手術　宜將病者依法預備。腹前壁須潔淨。女陰(陰門)須薙毛。若陰道無濁液。可無庸灌洗及塞紗。若病者能垂頭仰臥。則醫士於治其袋瘤之蒂殊覺便宜。於恥骨聯合(鍥節)之上割一豎口。使袋之前壁露出。以手揷入腹內。查其袋之周圍有粘連處否。有則或卽治之。但多以俟後分

解爲妙。（若袋粘於網膜（胃胴膝）。須將該處以二線隔離縛妥。於二線之中剪斷之。若粘於他器官。須慎爲分開。切勿致該器官受傷。如能將粘連處以紗輕輕拭開而不用利器尤妙。各流血處須一一縛妥。否則遲早或再流血。制止頗難）於是取威氏套針Wells trocar揷入袋內。以放其液。袋壁卽見鬆弛。可用爪鉗由腹壁之割口曳出。以免液流入腹膜腔。然有難一律如此者。因袋壁或過軟而碎。易於破裂。及至被鉗破裂。尤易。苟如此。或使病者側臥。而以手將其袋內之物剜出。或割長其腹壁刀口。甚至將袋之全體由腹內提出。若袋內有較大之繼發性袋。則可揷套針以放其內袋之液。然愼勿刺傷原袋之旁壁與後壁。袋之蒂須以較粗之線穿而縛緊。後於隔縛處略遠之地剪斷瘤蒂。遂在剪斷之面尋覓卵巢血管。取絲線或腸線一一縛之。如此則縛蒂之線卽偶有鬆弛。亦無大妨。後須查彼卵巢。且依情狀治之。腹膜腔宜使潔淨。若腔內流入之袋液頗多。可以鹽水洗除。後將腹壁之刀口縫合。闊靭帶或卵巢冠之袋多無蒂。故以套針放液之後須剜出之。其法將闊靭帶前後二面之腹膜各割一刀口。其帶內有養袋之血管宜縛妥。則袋之壁易由鄰物分開。闊靭帶之口可以縫合。大抵不必用引流物。

卵巢袋有扭轉之蒂者。須先解放之。其餘治法仍與上同。至於袋瘤發炎或生膿。須依情狀而治。莫妙於全行割出。然亦有只能割開放液。置引流物而不能除之者。

卵巢袋瘤若無加雜病者。爲之施割除術。其效果乃外科重大手術中之最佳者。故死率甚小。若袋多粘連鄰物。或有他加雜病。則施術較難。而死率亦較大。

卵巢之固體瘤 Solid tumors of the ovary 不多有之。屬於癌(疽)肉瘤(疙)或肌纖維瘤之類。癌全體爲定質或內有袋。生長甚速。早累及鄰物。致腹膜腔被癌細胞所染。並致腹痳。班蘇氏 Bland-Sutton 謂卵巢癌多屬繼發性。且其原癌或在腸。或在輸卵管。或在乳房。　肉瘤質常覺硬。多爲梭形細胞者。略與肌纖維瘤相似。然生長甚速。且兼有腹痳之狀。以上之瘤設若有法。均宜割除之。

輸卵管卵巢割除術 Salpingo-oöphorectomy 有數種症須用此術。卽小固體瘤或袋。或輸卵管積液與積膿。亦有乳房生不能施手術之癌。有用此法。以期其緩於生長者。此術或易行。然若粘連之處多。恐甚難施用。病者須垂頭仰臥。刀口宜在腹中線。卵巢須分清定妥。隨以絲線數條於闊靱帶之根。繞其上下二處。以縛束卵巢之血管。而於二線之間將卵巢卵管剪除。其剪面之大血管須一一縛妥。粘連之處依情形治理之。

第四十四章　截斷術　AMPUTATIONS

截斷術總論　GENERAL REMARKS

截斷病人之肢。須注意二事。(一)當截斷具肢時。宜設法免病者腦力衰弱。至於截除之段。宜以短爲妙。俾存留之斷肢較長也。(二)須設法使斷肢(餘段) Stump 便於與假肢接合。近年來始知此爲最要而不可忽者。

截斷之目的亦可分二種。(甲)病狀較急者。如病者腦力衰弱。或流血甚多。或身重中毒。截斷之須以速爲要。(乙)病狀非急者而身體較健。則動手不必如彼之速。此手術以完全爲佳。由此觀之。截斷法蓋因病者之局部或全身狀而異也。

(甲)病狀較急者。其肢若有炎質滲於內(如因重中毒或因患生氣性之死肉症。)且體力不強。則以速施手術爲尚。且也又須備妥適之引流法。截去之段以短爲妙。因截去愈長則妨害腦力愈甚。且病者日後仍可復受完全之截斷術。有此目的。故近來多用切齊截斷術。Guillotine amputation 戰時可用之。平時亦或可用之。其法取一長刀繞肢一週而割斷皮肉。(不備皮肉片)後順割口以鋸鋸斷其骨。此法固爲暫時之用。不宜多費時日以待刀口痊癒。俟截處潔淨

而無染毒。卽可於其處之稍上施繼用之截斷術。但此法有二缺點。(一)顯露處大而痛甚。若敷以乾紗等。而未蓋潔淨之油綢。或無菌之煤油蠟 Paraffin 所浸之紗則痛更劇(二)皮肌肉等

第四百六十三圖

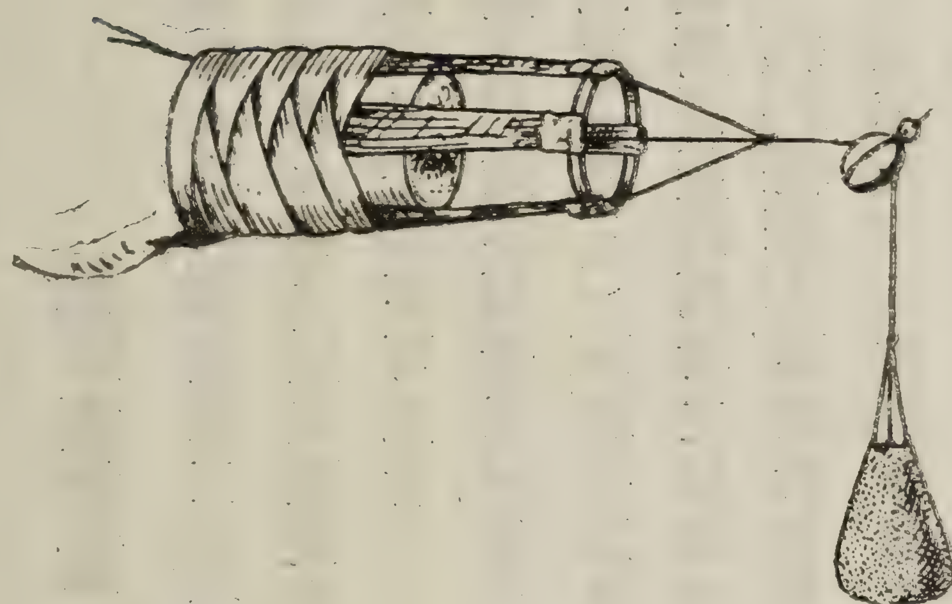


Fig. 463 METHOD OF APPLYING EXTENSION TO AMPUTATION STUMP

縮肢之牽伸法

易於收縮。而骨有露出之狀。故繼截斷之處愈上。而縮肢愈短。然若用合宜之牽伸法。見四百六十三圖 此弊約可免。亦有用以下之法。於初施手術時。將傷處上之組織割成短而闊之皮肉片。翻其片於上。則深組織可施環形截斷術。Circular amputation。(見下文)肢割斷後。其血已止將翻上之片暫縫於上。以便用引流術。至於染毒既絕。而傷口潔淨。皮片卽可牽下。蓋骨端而縫合之。或有於初施手術時不將皮片翻上。而以浸法拉芬 Flavine 等藥之紗輕塞傷口。以一二深線將皮片輕鬆縫之。使略牽合。如此者雖有較重之炎狀。而繼用之手術亦或可免也。

(乙)病狀非急者。手術須順序辦理。而加精細。且備便於接假肢。可接決定之截斷要法爲之。其法大要有三。卽環形者。瓢形者。片形者。

環形截斷術 Circular amputation （見四百六十四圖）今罕用。其法環割肢之皮與下結締組織(連胭)將皮扯上或捲上。如反捲袖口然。後斷其淺肌牽之使縮。繼斷其深肌牽縮如前。逐於略上之處露其骨。割骨衣而鋸斷其骨。則骨端居凹內而皮及肌易蓋之。(見四百六十五圖）且其血管亦橫斷。惟縮肢不美觀。至後軟組織收縮。致瘢痕易黏連骨端。迄今此術祗用於臂部。若在他部。則其法稍異。如施髖(髀)關節間截斷術。卽另割一二縱行之口。使股骨上段易於除去。(見下文)

第四百六十四圖

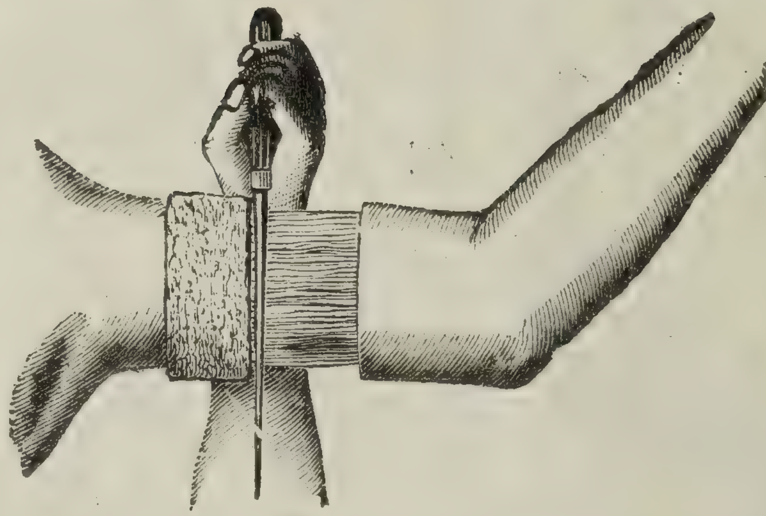


FIG. 464 CIRCULAR AMPUTATION FOR THE ARM, SHOWING FLAP OF SKIN TURNED BACK, AND KNIFE APPLIED FOR DIVISION OF THE MUSCLES

環形截斷術

皮片已翻上施刀斷肌

第四百六十五圖

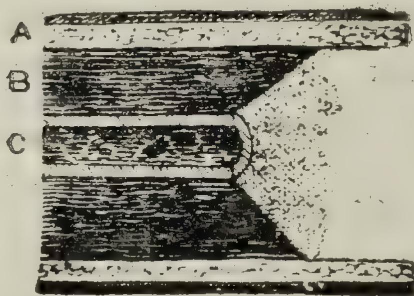


FIG. 465 SECTION OF PARTS AFTER CIRCULAR AMPUTATION

A. SKIN AND SUBCUTANEOUS FAT; B. MUSCLES; C. BONE

環形截斷後之切面

A, 皮及皮下脂肪

B, 肌　C, 骨

瓢形截斷術 Racquet-shaped method （見第四百七十一圖AB）此術略與上相同。但其環形口稍斜。且口之上端須割成一尖向上。形似瓢故名。此術常施於指趾及髖肩二關節。

橢圓形截斷術 Elliptical method

此術與瓢形術略異。刀口爲橢圓形。須由下端解剖。將伸出之皮肉角捲上。以露骨或關節。於近刀口之上端處割斷之。遂將捲上之皮肉角折回。接縫於傷口之凹。

第四百六十六圖

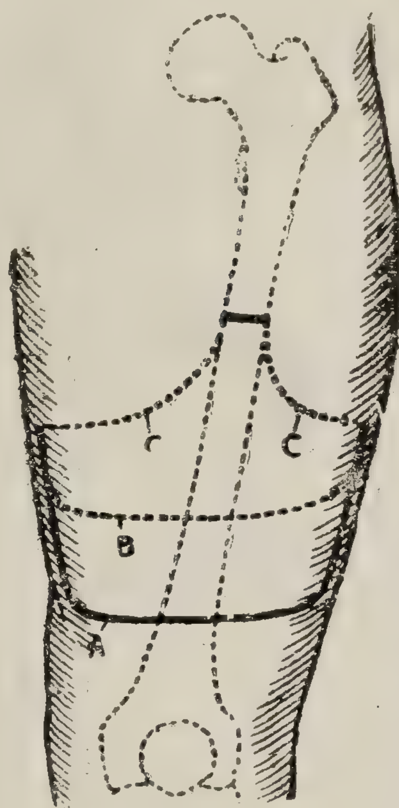


FIG. 466 AMPUTATION OF THE THIGH BY LISTER'S FLAP AND CIRCULAR METHOD
A. Anterior flap; B. Posterior flap, half the length of the anterior; C. line of division of muscles, which is performed by circular sweeps of the knife

股部之環形兼片形截術
A. 前片　B. 後片長前片之半　C. 環行斷肌之線

第四百六十七圖

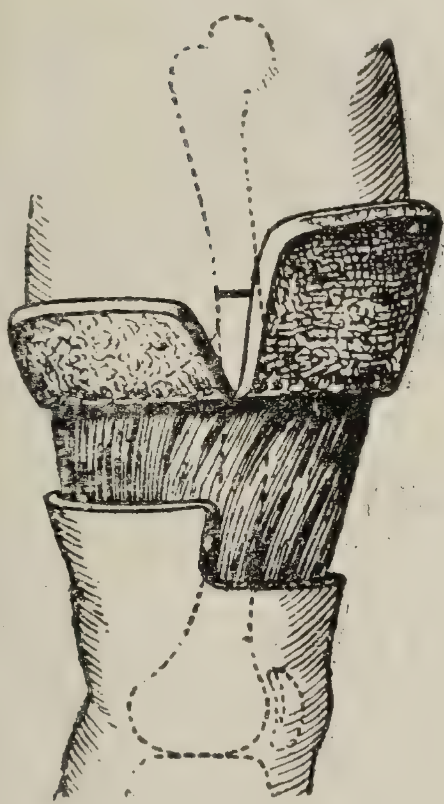


FIG. 467 LATERAL VIEW OF SAME OPERATION WITH THE SKIN FLAPS DISSECTED BACK
C. Line of division of muscles

同一手術惟皮片己揭起翻上
C. 指示斷肌之線

片形截斷術 Flap method

今施截斷術於長骨幹者常用此術。前未用迷蒙法時多以窄刀速穿過其肢。由肢中向外割皮肉片。此不甚善因片肉之肌過厚。且其血管及腦經乃縱割之故。今法乃先繪其片之形式而後剖之。其片爲皮、皮下組織、深筋膜所成。片底或另有肌纖維少許。若截斷處之肌厚。（如股）則用環形

兼片形截術爲妙。須割前後（或內外）二片。片形方（略除其角之尖）易於縫復。前片之長。宜以肢截骨處之橫徑三分之二爲度。後片宜三分之一。其片爲皮及皮下組織。剖開後須環截其肌。牽肌使之縮短。而鋸其骨。如此則獲環形及片形二者之益。然須注意。勿使皮片上寬下窄致成尖形。

⿰歹屈肢（餘段） Stumps 依其所接之假肢可分二類。（甲）下肢之餘段須足以任身之重量。其假肢當然緊接餘段之周圍。而靠於相當之骨凸。（如脛骨之內外二髁）（阜）。然餘段之端若能受身之重量。則步態必更優。故以森氏 Syme's 與革利替氏 Gritti-Stokes 二人之術爲佳。因此術蓋餘段之皮久已習慣載身之重量也。（乙）上肢之餘段約無身之重量。故假肢僅接其餘段之周圍而受旁或斜之壓力。 由此以觀。上下二肢並二肢之各處。其截斷之理。皆隨其部位而異。今舉其要端凡七論之。

（一）截斷處之高下。宜視其爲何症。累及該肢之闊窄。並注意接合假肢之理。雖對於傷處之組織以全行除去爲妙。但所截去者以短爲尙。然亦有例外者。如截斷小腿下三分之一。較截斷踝關節微上處爲愈。然以後恐不免施繼行之截斷術者。則餘段以長爲妙。

（二）⿰歹屈肢所蓋之皮肉等。須足以保護骨端。免被壓而受害。皮及肌常有縮短之性。否則不妨準

備兩片。每片之長各等於截斷處橫徑之半。但因皮及肌皆短縮。故二片須有截斷處一徑半或二徑之長。若肌較小。片長一徑半卽足。若肌大如股下端則宜二徑長。其片之來源亦甚要。如單一長片(或前或後。)大抵不可用。恐其血循環不足也。如殭肢端不受壓。則可備二同長之片。與前後相等。然常採用者。係將此一片較長於他片。

第四百六十八圖

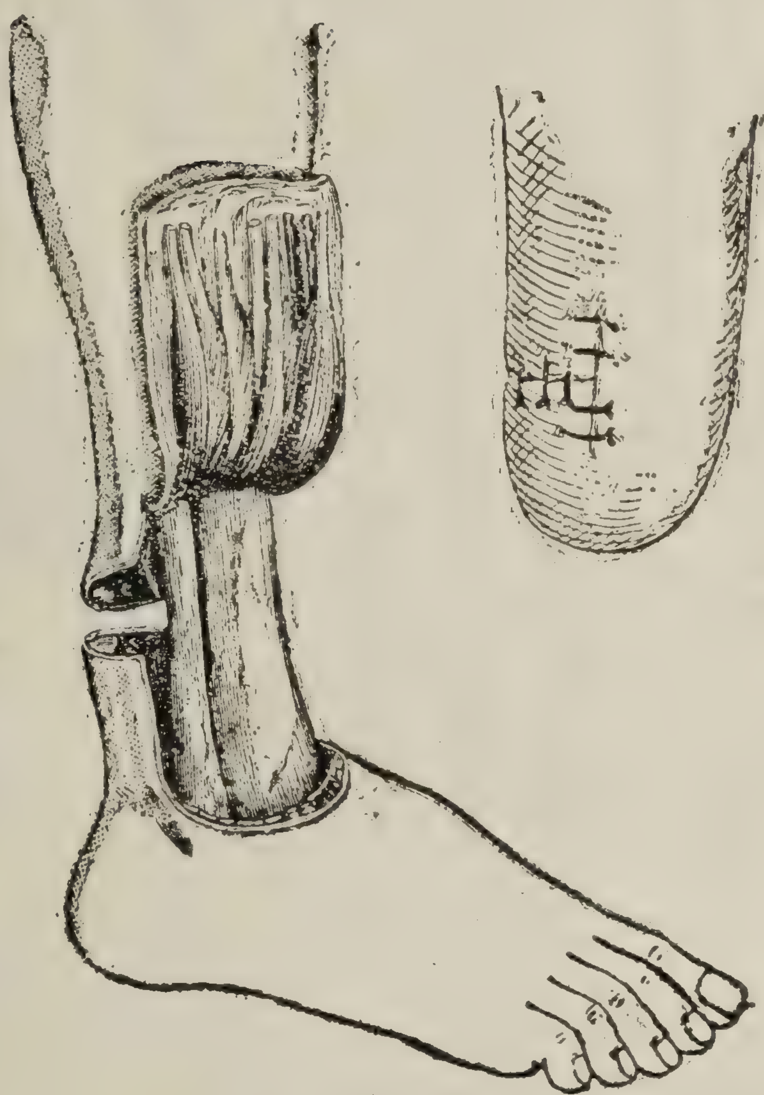


FIG. 468 TEALE'S AMPUTATION

替勒氏雙方片截斷術

右者指示皮片之縫合式

替勒氏截斷術。 Teale's amputation.

肢前須備長方片。其長徑及闊徑各等於本肢鋸骨處周圍之半。其片厚。須含骨前之各組織。後片亦含各組織。惟較短。長僅前者四分之一。前片之遊離端。須折回縫於後片。此法之優點。卽血管頗長。片易得滋養。且二片既比肢之橫徑約長至二倍。故易盖於殭肢端。然其缺點。卽鋸骨之處須甚高。方能有如此長之前片。故此法今罕用。

(三)殭肢端所蓋之軟件必健全而略柔韌。且在骨端宜略活動。(骨之髓管有一層密骨質閉

合之）軟件之多少亦須合宜。若過長卽痛而易惹。接假肢亦較難。骨端須以肌作墊蓋貼之。然皮層宜活動。瘢痕貼於骨端者。雖仍可帶一假肢。然不及上者之佳。且迨後或有他患。

（四）瘢痕之位置及性質亦屬緊要。下肢之瘢痕不居餘段之正下爲佳。莫善居於一側。尤莫善居於後。上肢之瘢痕若在餘段之正下。大抵無礙。瘢痕以窄爲妙。或寬或窄。總求完全痊癒而不貼骨。無生癩或潰瘍之性。知覺亦不過敏。始可接假肢。

（五）餘段不宜有捫痛之狀。當能任頗重之壓力。腦經於受手術時切斷者。常生似球形之團。（第四十五圖）若其團貼於骨。或貼於瘢痕。則於餘段每動時易被牽拉。或易受壓。故常覺疼痛。而肢不適用。既如此行截斷術者。須覓出較大之腦經牽下而割斷之。則其上端回上。所生之球團不得受壓。

（六）餘段須細心保護。免連於殭肢之骨有力之諸肌。於此時乘肢無抵力。將餘段牽至不合宜之位。如上肢或下肢最高之部份易被牽闔。故須慎加防備。又截斷處以上之關節。宜設法使仍活動。免其板硬。有時可暫用夾板使肌安靜。防免不合宜之收縮。截斷在下臂者。則肘關節易屈。甚至不能伸直。故須置夾板使其常伸。且按時活動關節。截斷在膝關節下者。亦須同法治之。昔日多備跪式之殭肢。而下接柱形假腿方可行走。今則以直式者爲佳。

(七)𣩵肢之刀口痊癒後。須待時日(四月以上)使比鄰組織縮而變堅。始能裝配假肢。𣩵肢端宜以布帶或自復帶裹之略緊方能至此。　有用暫時之假肢 Temporary peg leg or pylon.　而獲益頗多者。蓋組織因之易於變堅。病者能以早去腋杖行走。不至有腦經之杖癱。且手不須携杖。可作他用。身之肌不至瘦弱。而體仍康壯。病者失肢之憂亦必減少。曆時假肢之製法有單簡者。即於肢之內外二側用木板。兩板之間以二三橫木接連之。於其下端連一圓形之木塊。其下附貼橡皮作爲足跟。二板之上端及𣩵肢用石膏布帶包之成殼。則二板與石膏殼相連甚堅。𣩵肢須先着絨襪。襪之上段須反折於殼之外面。假肢之上繫一皮條。懸於彼側之肩。

𣩵肢病性之變 Pathological changes in stumps

(甲)受菌染。若手術前皮未受傷。則不應有受染之弊。然肢已受損傷或已受染者。有時刀口亦難免不被累。其生膿有爲局部者。則宜將二三縫線除去。以備引流之口。其內或塞以浸法拉芬 Flavine (千分之二) 或雙可拉民替 Dichloramine T. 油之紗。待其染毒已退。而傷有健爽之狀。則可用貼膏以合刀口或施繼行之縫合術。病較重者。絕不可僅開一小口。而置引流管。蓋如此則炎狀於縫口之瘢下必加重。須將縫線全行除去。以開其刀口至染毒已除盡之時。方可再縫合。然有死骨者自不須縫之。

(乙)𣩵肢之骨端死。此非罕見之事。截肢之時。於未鋸骨之前。宜先將骨衣愼爲捲上如袖形。以

備蓋骨端而封其髓管。若未如此行。則易成死骨。亦有因在手術之末級用力過度所致。然從無未受染而成此患者。患後脫出之死骨。常爲環形之塊。倘炎較烈。至累及骨髓管。則死骨塊必大。(見第四百五十六頁)病輕者炎狀不甚顯。痛亦不甚劇。僅見有一瘺而難收口耳。以X光照之。多見有死骨塊。其塊常待二三月始離本骨。須早施手術以取出之。若死骨久留在內。則組織必變更堅。至必重行截斷術。

(丙)皮片之下端壞脫。多因體虛弱、或片薄、或受損傷、或取片太近患處之故。治法、宜使其片乾而無菌。則其死肉塊漸脫。倘染膿菌。則病更劇。或宜再截其上段。

圖九十六百四第

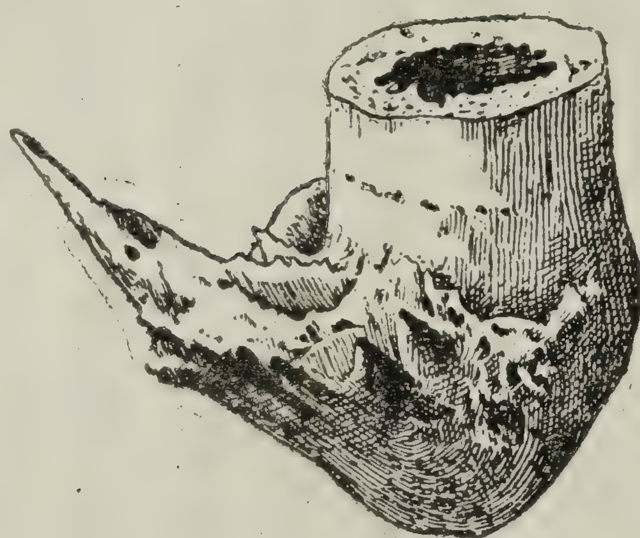


Fig. 469 WELL-MARKED SPUR DEVELOPED AT DIVIDED FEMUR, NECESSITATING RE-AMPUTATION FOR PAIN

殘肢之股骨(斷)下段生一骨棘致痛甚劇以復截斷術除之

(丁)圓錐形殘肢乃因片短、或因受膿菌之害、致其肉縮短。或爲幼年而殘肢之骨仍長。(卽由上端生骨心而長)有病重者。至骨伸出變死。治法宜重施截斷術。

(戊)殘肢疼痛多因有團形之腦經端。貼於瘢或骨。致肢運動時被牽而劇痛。治之、宜割除腦經端之團。或重施截斷術。 有因骨之下端生一棘 Spur 致惹

⿰糸屈肢之組織生棘之故。多因未曾備有完善之骨衣袖以蓋骨端。或因鋸骨之時鄰組織未全保護。致有骨細胞被擦至肌肉內而後生骨。 有因骨或骨髓發次急性或慢性炎所致。則骨腫而痛。後或成一死塊。須按合宜之法治之。或重行截斷術。 總之凡⿰糸屈肢痛者。宜照以X光以定其致痛之由。

（己）⿰糸屈肢痙攣因腦經下段受惹。或腦中樞激發之故。若因腦經受惹。治之宜割除腦經下端之團或重施截斷術。若因腦中樞激發則無法可治。雖復截斷其肢而他肌仍受累。

（庚）有刀口已痊而瘢痕致病者。如被牽入成槽形而生癱。有直接受惹。或因體弱而致潰瘍者。先須施用合宜之局部及全身之治法。倘仍無效。宜割除其瘢。（瘢貼骨端者。尤須如此治之。）或須重施截斷術。

截斷藝術之總綱 GENERAL TECHNIQUE OF AN AMPUTATION

茲重述其重要者如下 （一）謹慎保護刀口勿受細菌之害。因其肌及筋膜之夾層。於施術時已割開露出。或骨髓管亦然。故受染之危險尤爲易致。 （二）流血先宜將肢舉高二三分鐘。使血由靜脈流迴。（李氏之減血法） Lister's exsanguination method。繼用一彈力性壓脈器繞肢

之上部。若係下肢。則用橡皮管爲妙。至於上肢。宜用一廣闊彈力帶。以免腦經壓癱之弊。（如用略硬之橡皮條易害及橈骨腦經（纏骨系）。其帶須繞肢數周而後結之。或用扣針定妥。壓脈器先須滅菌。且須以無菌之紗數層蓋皮。以免被壓器所損。至肢已截斷。須將大血管縛住。（動脈靜脈單獨縛之爲佳。）且須將大血管略扯出查之。或其壁有小傷處否。若見他血管亦須縛之。方可解壓脈器。此時副理者須留意。以便或須用手壓大動脈之上段。（有時不能用壓脈器。須始終用手壓大動脈。待肢截斷後。方可縛妥。）須尋凡流血之血管。一一速用鑷拑住。（大者宜與鄰物分開。）以線縛之。（髖關節間截斷者。有特別止血之法。見下文。）（三）皮片、骨、腦經等。皮片下端以寬爲佳。須有方形。然其二角可略削使圓。片宜兼含深筋膜。由下向上解剖之。刀刃須向肌肉。使皮片之深面及其血管不至被割。至截肌之時。副理者當細心保護皮片。以免受傷。鋸骨之前。宜將骨衣反折向上。以備蓋其骨端。使不得欠榮養。（截股骨或肱骨時此法甚要）鋸骨時。各軟組織須以布包裹。免有鋸下之骨屑。被擦入肌內。致後生骨。若有骨刺。須以骨剪除之。於是將骨衣反回以深線縫合。肌腱露出於傷口者可剪短。腦經須先牽出而剪其上段。後將肌肉蓋其骨端。細心縫合。則後日[illegible]肢之形必美觀。皮之刀口常用連續縫合術。然宜置引流物於口之一端。宜使刀口外之敷料將皮片牽下蓋其骨端。後須用夾板約束斷肌之上段。以

免抽縮。至於多見之後患其要者乃腦力猝衰復發性之流血及傷口受染等。已詳於上。

復截斷術 Re-amputations 多因初時施手術者之目的僅在救傷者之命而不暇爲後來接假肢之便當計。故此術常於戰時見之。因戰時所割之刀口甚闊。致需時頗久始能痊愈。或痊愈後仍有不便且餘段難於受壓。或有上論⿰矢屈肢之他患。致不能接假肢。如此者皆以復施截斷術爲佳。

手術 （一）其無膿毒者手術較簡。若瘢痕無病。可割開之。若已粘於骨端。刀口須繞瘢痕割之。且於口之二側須割二縱刀口。由淺至深。將軟組織剖開以露其骨。遂備骨衣袖。用鋸（以基氏鋸 Gilgi's saw 爲妙）鋸斷其骨。後則止血將皮自深組織分開其他法與上同。最要者卽勿使軟組織扯緊。（刀口自不可一式。須因⿰矢屈肢之形而異。）（二）傷口未痊愈者。則手術較難。然細心治之。亦能望其刀口早癒。若有急性染毒須設法除之。始可施復截斷術。施手術時須愼潔肉芽區附近之皮傷口之內宜用紗布擦抹。（物理的除毒法）並塗合宜之滅菌藥。其他法如常。惟當愼備足長之皮片。與肌層分開並須備完善之骨衣袖以蓋骨髓管。血管既縛妥。腦經已剪短則須設法將傷口縫合。此非易事。有將浸於法拉芬溶液之紗布置傷口內。用線數條將皮片輕輕牽合。待數日不見炎狀。方全行縫之者。有用酒精洗淨拭乾後。將比陪 B.I.P.P. 擦抹組織

面而以淺深二縫合術者。亦有以滅菌藥爲均無用。而僅用深縫術接合皮肉片。使皮邊不緊者。其法離片邊二三寸處穿蠶縫線。線之二端須縛小鉛片等。(見上一百七十八頁)。或用褥縫術。各線自此片穿入。由彼片穿出。通一小橡皮管。自彼片復穿至此片之外。再通一小橡皮管。始行縛妥。其橡皮管之排式。卽平刀口之二側。離邊一二寸處。如此其片不致牽緊。便於用淺線將皮邊縫合矣。其深線之用。爲使片間無空處積血。然仍以置引流物爲妙。施此等術後。多能獲痊。然生膿者亦難免。

痳肢肌之修補術 Kinoplastic operations 近年來有將痳肢之肌連於假肢之關節或鈎等物件。以便運用者。其法於皮割一口。使肌腱露出。修之成襻。或將腱穿通成孔。(此法於臂二頭肌有效。)其襻之外面或孔之內面。須用皮蓋之。(刀口之皮乃繞腱之蒂縫合)。待其收口已妥。再將帶等穿其襻或孔。以連於所應用之物件。病者之肌運用物件。多由漸習練。至成自然。此法今雖不多用。然確有希望。又醫士與製假肢者。宜彼此時常商議。方可得其效益。

截斷術分論 SPECIAL AMPUTATIONS

指截斷術 Amputation of the fingers 截斷其指。多因被機器等所傷。或因膿性指炎等故。取

片時不能僅拘一法。必擇肉之不受患者方可。其要術列下。

末指節骨之截斷術 Amputation of the terminal phalanx

（見四百七十圖）由指背剖開關節。取指掌面之皮等爲片。翻於後而縫之。　大抵不可於第一指骨間關節截斷之。因第一指骨節不附麗屈伸等功之肌。有時可用骨剪。在第二指節骨體之中剪斷。因尚有屈指淺肌附麗其底也。剖片之術須臨時變通。

圖十七百四第

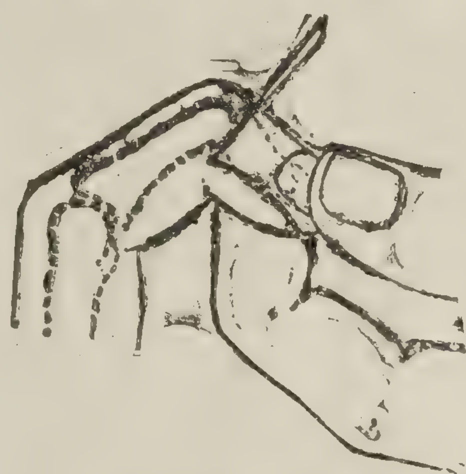


FIG. 470 INCISIONS FOR AMPUTATION OF TERMINAL PHALANX OF FINGER

口刀之骨節末指斷截

掌指關節間截斷術 Disarticulation at the metacarpo-phalangeal joint

此術最常。多用瓢形刀口。（見四百七十一圖A）由掌指關節背起。斜向下至指蹼。彎過本指掌面紋之略下。又繞指回於原處。割斷伸肌之腱。關節遂自背面開啟。後轉動其指。使側韌帶等緊張。易於割斷。並斷屈肌之腱。宜縛兩側之動脈而縫其片。　割除掌骨頭與否。視其人而定。若爲工作之人。不可割除。以免減少手力。若爲少用力且欲美觀者。則可除之。其法後面之刀口宜迫向上。撥開軟組織。剪除骨之頭。迨後兩側之指自能貼近。若爲食指掌骨頭。尤宜剪去以成美觀。且免受害。宜用法拉孛氏法 Farabœuf's method （見第四百七十一圖B）與截拇指之理同。詳後。　指炎重致指

不能救者。初手術乃於掌指關節間截斷爲妙。待其染毒之狀已退。及傷口已生肉芽之後。始用復截斷術。且另除掌骨之頭亦可。

第四百七十一圖

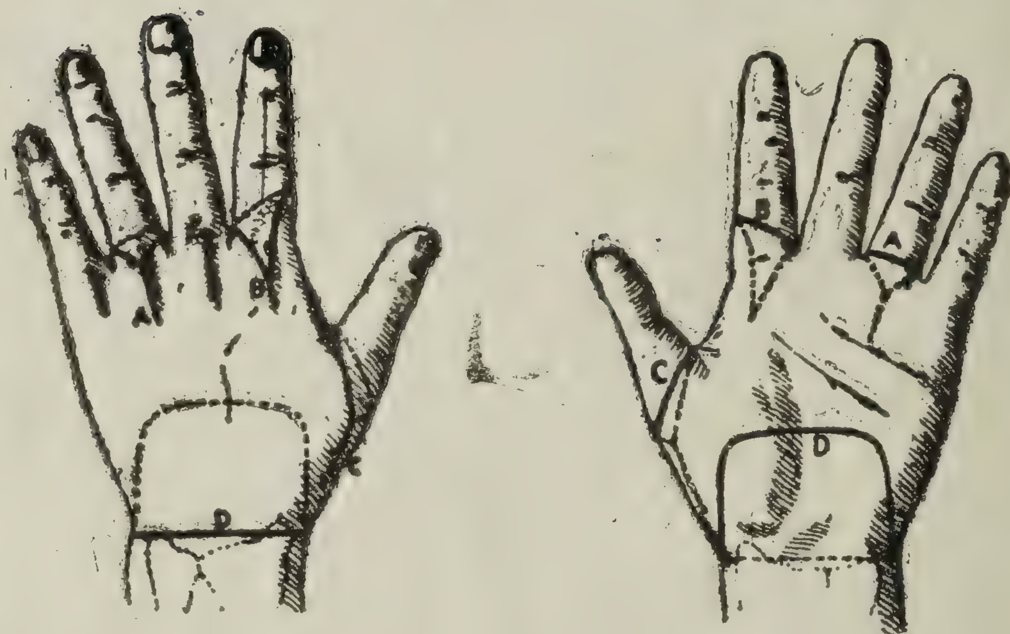


FIG. 471 DORSAL AND PALMAR VIEWS OF HAND WITH INCISIONS FOR VARIOUS AMPUTATIONS

手截斷術掌面背面之種種刀口
A. 瓢形斷指術 B. 法拉孛氏術
C. 瓢形斷拇指術 D. 截斷橈腕關節掌面長片術

四指及掌骨截斷術 有時宜截手內側之四掌骨及其指。須由掌前後二面剖其皮片。兩片長宜相等。於腕掌關節間截斷。雖僅留腕骨及拇指爲瘤頭。其手亦頗有用。

拇指截斷術 Amputation of the thumb 斷拇指者最爲不便。因取物較難。故截去愈少愈妙。至斷拇指之一分。取片不拘一法。惟骨須蓋妥。且少棄有用之組織。是其常例 截斷拇指掌骨之術有二。(甲)瓢形截斷術(第四百七十一圖C)刀口由伸拇長短二肌間之凹處。(卽指掌骨後面之底。)沿拇指背向掌骨頭。至拇食兩指間之蹼處。(其拇宜外展。)彎過拇掌面。循其斜紋。至拇背而止。開關節時。其刀宜迫近掌骨。以免於骨間

處傷及橈骨動脈。(乙)掌面片截斷術。刀口由拇食兩指間之蹼中向後過拇背而至本掌骨底之前面。(卽魚際(掌外阜)略上處。)繼以刀刃向外。刺過拇肌之深面至蹼中處。遂向手外側割出。以成厚片。片含多肌而形半圓。其餘之軟組織須割斷。解脫腕掌關節而截之。此法雖較上者略爲美觀。然無一定之優點。

第四百七十二圖

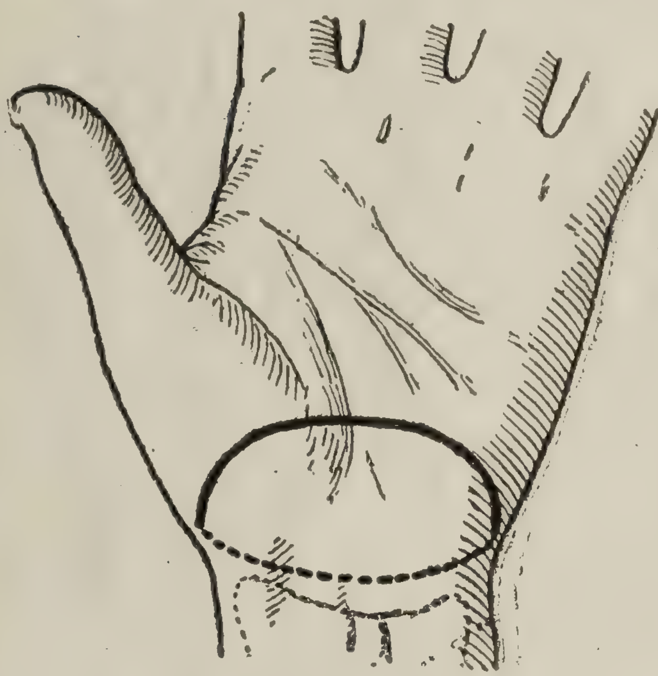


FIG. 472 AMPUTATION AT THE WRIST BY ELLIPTICAL METHOD

橈腕關節間橢圓形截斷術

橈腕關節間截斷術 Amputation through the wrist-joint

施此術者。多因受損傷之故。取片宜依傷形而異。其要法有三。(甲)橢圓形截斷術。(第四百七十二圖)其刀口之最高點。過掌背在橈腕關節下半寸處。最低點過掌前面。在關節下二寸半處。(作爲前片。)刀口在尺骨側者。經豌豆骨與第五掌骨之間。在橈骨側者。經拇指腕掌關節處。宜解剖前片。遂由後面開關節而截斷之。前片之凸端。須反扯接縫於後面之凹處。卽於絀肢之後面成彎紋瘢痕。(乙)掌面皮片術。(第四百七十一圖D)其片直而方。刀口之二側平行。由尺橈二骨之莖突起。向下至掌骨中。又於腕背面橫割一刀口。自橈骨莖突達至尺骨莖突。

(第四百七十一圖Ｄ)然後剖其前片。賅括皮及皮下組織。或兼含魚際及小魚際(掌內外阜)之肌少許。繼由後面開關節而截斷之。乃斷屈指諸肌之腱而截去其手。(丙)外片術。刀口起於橈腕關節後面。在其三分之外中二分之間。斜向下外至拇指掌骨頭。橫過至拇前面。遂向上內直至橈腕關節前。與後面起點相對之處。解剖之片。須含皮下組織。並魚際之肌若許。後將尺骨側之軟組織橫斷之。並對關節截斷。扯外側之長片向內縫復。

前(下)臂截斷術 Amputation through the forearm 常用片形截斷法。其兩片長宜相等。或一片加長。須環行截斷其肌。將軟組織與骨全行分開。而鋸斷其骨。軀肢以長爲要。於前臂中下二分之間截斷之甚便。若無法而必於上分截之者。須將伸屈腕及指等肌。並肱橈肌之各上段(卽連肱骨之段)割除。使軀肢爲扁形。以免屈肘時由假肢之臼內滑出。又須謹愼將大腦經牽下盡上斷之。手術後須設法使肘伸直。並向外反轉。

肘關節間截斷術 Disarticulation at the elbow-joint 此術大抵不宜用。因較在肱骨上髁(輪)略上截斷者。未有何優點。

臂截斷術 Amputation through the arm 其法不一。或用片形截斷術。或環形截斷術。環或片二術兼用。須按病情而定。肱骨之餘段以長爲佳。後須設法免其內收(圖)貼於胸旁。不易展開

此要術有三。(甲)前剖術。(乙)外剖術。(丙)外片術。施以上三術時。不能用壓脈器。副理者宜以指壓鎖骨下動脈第三段。此等大動脈必先結而後斷之。小動脈則隨割隨鑷之可也。(甲)前剖術(第四百七十三圖)係用瓢形截斷術。施術者立在病肢外側。刀口之初段與割除肩關節者同。即由肩胛喙突與肩峯間之中點向下。直剖過三角肌達至骨。(此時或開關節而診查之亦可。)繼斜向內下橫過腋皺襞。至肱骨後。復轉往外。再向前上。迄於原處成瓢形口。解剖其皮片約一寸許。後斜斷三角肌之內束。及喙肱胸大臂二頭諸肌。以露出大血管腦經。將大血管縛妥。牽下腦經割斷。(或暫留之亦可)並剝離外側之軟組織。割斷關節囊(裏筋帶)之外半。及麗於肱骨大結節(凸)之肌與二頭肌之長腱。繼則斷其小結節之肌。及關節囊之內段。以釋放肱骨頭。遂牽外片向外。俾其頭突出而斷關節囊之後段。後則於肱骨與腋血管之間割向下。遂向內斷所餘之各件。(或有腋血管腦經等)若刀貼近骨。則不致傷及旋肱骨後動脈(肱後彎脈)。(乙)外剖術(第四百七十四圖)此術與前

肩關節間截斷術

Disarticulation at the shoulder-joint

致與功用有礙。

第四百七十三圖

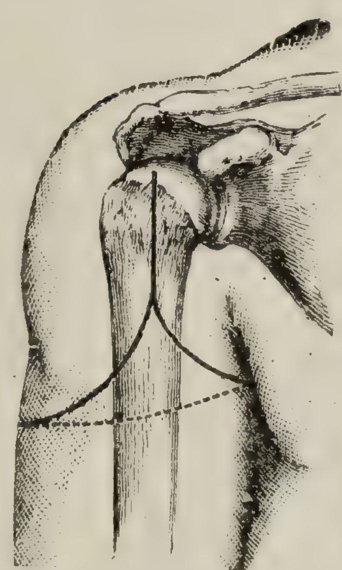


FIG. 473 DISARTICULATION AT THE SHOULDER-JOINT BY ANTERIOR RACQUET OPERATION

前術肩關節間截斷瓢形

畧同。惟刀口係由肩峯之外側起。直向下長約六寸。在肩峯下三寸復割一口。斜向後下。繼橫繞肱之內前。又向外上歸於原處。解剖其片。由大結節上橫割其肌。且開肩關節。其餘與前手術同。

（丙）外片術此術今罕用。可施刺穿術或解剖術。以備U字形之片。（片邊約循三角肌之周線而括肌在內。）由肩胛喙突起。往下。旋往外。繞肱至後面。再往上至肩峯根處。又有一口由肩胛喙突往內過腋之下二寸。彎向後面。訖肩峯根處。其餘同上法。

第四百七十四圖

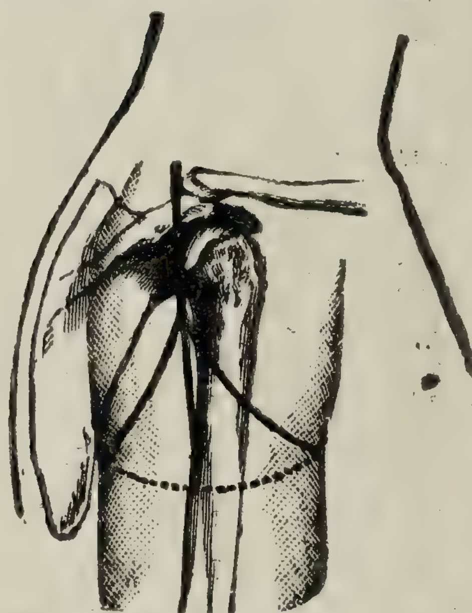


Fig. 474 Disarticulation at the shoulder-joint by the external racquet operation

肩關節間外瓢形截斷術

肩胛臂及鎖骨外段截去術

（肩胛胸間截斷術）Interscapulo-thoracic amputation（第四百七十五圖）此術因生惡瘤或損傷而用 先沿鎖骨割一口。鋸除其中三分之一。且須齊首肋外緣處將鎖骨下動脈及靜脈各縛二線。於二線之間斷之。遂剖前片。自鎖骨中向外下彎過腋前皺襞。至肩胛下角。順刀口斷胸大小肌。以露出臂腦經叢。齊血管斷處而斷之。繼循前鋸（鋸大）肌之外面解剖腋處。又轉其肢向內。且牽合於胸前。並使病者臥於牀邊。以便割後面之刀口。此口起於鎖骨。力口之外端。向後直至肩胛下角。先解剖其片。後近肩胛處可割斷提肩胛（提髆角）、肩胛舌骨（

髆骺、）及大小菱形（脊髆）斜方前鋸諸肌等而除去其肢。其因生瘤截斷者。血管最多。宜將動脈靜脈一一縛妥。若因損傷。除肩胛後及肩胛上之血管外。其他皆小而易縛。施此重大手術。腦力難免受損。然其結局大抵仍佳。

第四百七十五圖

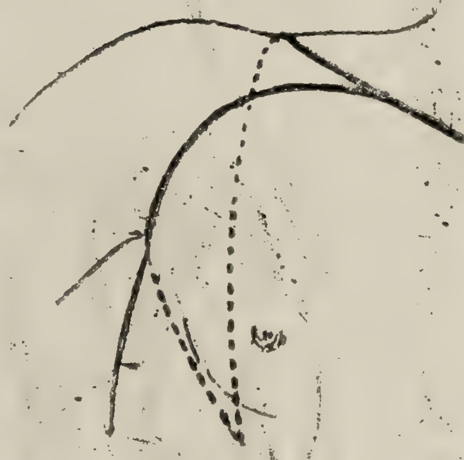


FIG. 475 INCISIONS FOR THE INTERSCAPULO-THORACIC AMPUTATION

肩胛胸間截斷之刀口

下肢截斷術 AMPUTATIONS OF THE LOWER EXTREMITY

趾截斷術 Amputation of the toes

截斷足趾與截斷手指無異。惟須記趾間之蹼較近趾尖。即至蹠趾關節與趾尖之中。故刀口之起點須較後。再者除四趾而留其一。不如將五趾並除。因獨趾易偏而不便利。蹞趾亦然。蹠骨之頭。若有法須慎留之。

蹞指截斷術 Amputation of the great toe

（第四百七十六圖）宜用法拉孛 Faraboeuf 氏術。刀口在伸肌腱之內側略遠。由蹠骨頭起。至趾中節。再向內彎過蹞下面至蹞及次趾蹼之中點。而還於原處。繼解剖其片。截斷肌腱。剖開關節而除去蹞趾。遂將內片扯過縫合。以蓋蹠骨之頭（成爲L字形之縫）則行步時瘢痕不至受壓。　跗蹠關節間截斷術。用此術則脚失其功用。故必不得已而後施之。其術用瓢形刀口。或剖內片亦可。

第四百七十六圖

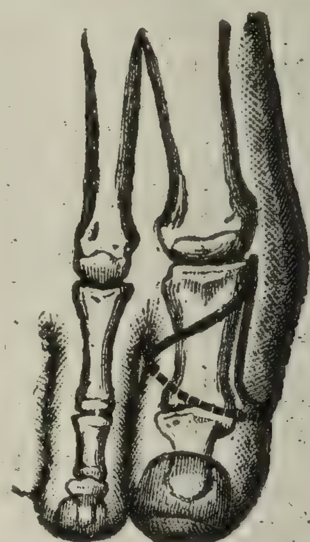


FIG. 476 FARABOEUF'S AMPUTATION OF THE GREAT TOE
拇趾截斷術

五趾並截斷術

間因空足症 Pes cavus 用之。須剖上下二片。斷其趾。遂將兩片蓋蹠骨頭而縫合。

跗蹠關節間截斷術 Amputation at the tarsometatarsal articulation

其術有二。(甲)李司法氏術。(乙)海氏術。(甲)李氏之術 Lisfranc's amputation (第四百七十七圖) 乃對關節截斷。(不鋸骨)令病者仰臥。升高其足。且伸出牀尾。剖右足之上片。乃由第五蹠骨後峯之外側起。往前內稍彎至首蹠骨底之內側。作弧形。(其凹向前)下片乃長由上片之二端起。至對蹠趾關節之處止。亦作弧形。其片之內側較長於外。若係左足。其剖片之法亦同。惟起始處反是。至剖下片時。副理者宜將其趾伸向上。片前段之一寸。只帶皮下結締織。後段則並帶肌肉。剖至腓骨(腓蹠)長肌腱處止。由背面開跗蹠關節。須隨關節之式行之。(見第四百七十八圖)自第五蹠骨底起。向內至次蹠骨外側止。(此骨之底向後伸出於第一三楔骨(內外二楔骨)之間)繼開第一蹠趾關節。且斷第二楔骨與第二蹠關節背面之靭帶。再以刀刺入第一二蹠骨之間向後割斷第二蹠骨與第一楔骨間之靭帶。乃以左手壓下其趾。而斷其餘靭帶。於是足之前半除去矣。(有先剖背面之片卽開關節、而後剖下面之皮片者。)

(乙)海氏之術 Hey's amputation 此術與上同。惟宜鋸斷第一楔骨。使與第二楔骨齊。(見第四百七十八圖。)此法較上者略佳。另有一法。將第二蹠骨底。並第二楔骨之凸處。均鋸斷。

跗中關節間截斷術 Mid-tarsal amputation 此術略與李氏術同。即斷跟骰(踵跁)之間。與距舟(踱蹄)之間。其下片起於舟骨粗隆(踊阜)之後。向前約寸許。至蹞趾根處。橫割向外側。再向後至第五蹠骨峯與外踝間之中點止。(即對跟骰關節。)片之內側。宜長於外側者一寸。解剖其下片。宜帶諸肌肉。其上片與李氏者無異。於是割開內側之距舟關節。及外側之跟骰關節。而去其足。縛流血之血管。牽下片而縫合於上者。(有先由足背開關節。而後剖下面之片者。)此術有時不甚佳。因足弓之前半斷去。後半遂無可撐持。且跟骨被跟(踵)腱提上。故距骨因之向

第四百七十七圖



FIG. 477 INCISIONS FOR LISFRANC'S AMPUTATION

跗蹠關節之李司法氏截斷刀口

第四百七十八圖



FIG. 478 SKELETON OF FOOT SHOWING LEVEL OF VARIOUS AMPUTATIONS

足骨骼顯示足之種種截斷處

下傾。致常觸地作痛。昔人疑此乃因跟腱無他肌抵之而過縮。故有斷之。且移伸腱縫於跟骨下面者。然終無效。蓋此非因肌腱之弊。實由足勢之自然也。今有先施此手術。而後除距骨者。然大抵以不用此術。而用賽默氏 Syme 術（見下文）代之爲佳。亦有用替撇氏 Tripier 術者。即在足外側。從跟腱割一橫口至骰骨外。繼繞跗蹠處成瓢形口。對跗中關節截斷。復在齊跟骨載距突（鍾小阜）處水平行鋸之。使骨上部之底闊。而不致傾向前。更有妙術。乃留舟骨。鋸斷骰骨。使兩骨前面齊。剖皮片仍與跗中關節截斷術同。惟餘段更長。易於管理。踐地亦較穩。並不割斷脛（骭）後肌。且腓骨長肌之腱可縫於骨。則足內外之轉動大抵仍存。

距（踱）骨下截斷術 Subastragaloid amputation 距骨未受傷。則或可施此術。然今大抵不多用之。因縕肢過長。難以接假足也。

足截斷術 Amputation of the foot 又名踝關節截斷術 其術有二。（甲）賽默氏之術 Syme's amputation （剩跟之踝節間截斷術）此爲近踝關節截斷術中之最佳者。法即斷踝關節。並鋸內外踝。及脛骨下之關節面。須令病者仰臥。升高其足。且伸出牀尾之外。施術者立於脚底前或略向右。先舉足以減其血。宜用一短銳之刀。若爲右足。則由外踝尖（第四百七十九圖 A）直剖向下。宜稍斜向後以防片內積液 橫過脚底至內側距內踝後下半寸。若係左足。則由內側剖至外側。刀口須深

至骨。隨解剖後片。醫士以左拇將片壓下。以刀將跟後之軟件自骨漸漸剝開。刀之刃宜貼骨。以免傷養片之血管。如跟內外動脈是也繼剖上片。由外踝尖之傷口彎過足背（A）至內踝下半寸。解剖其

第四百七十九圖

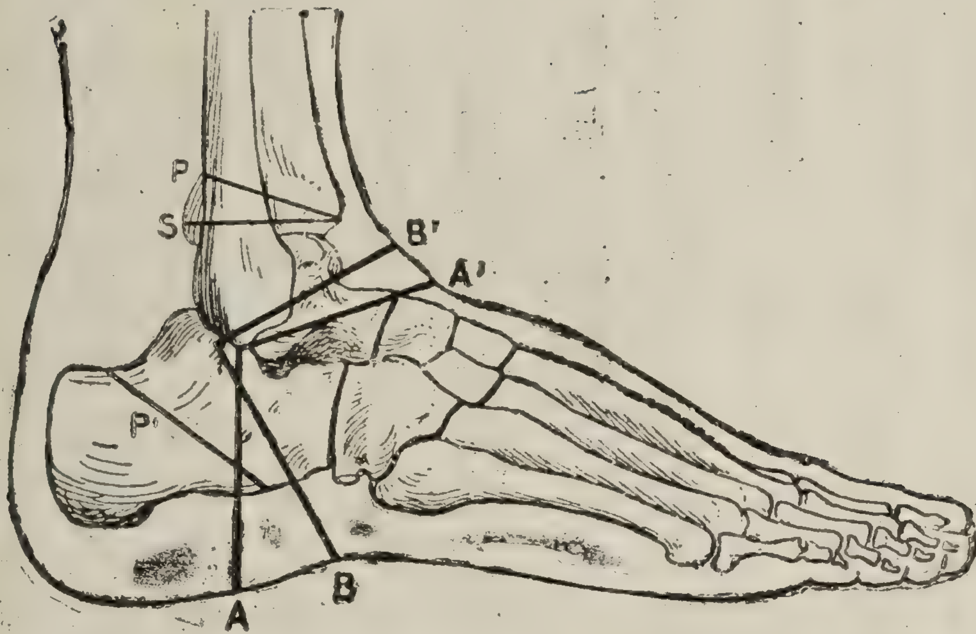


FIG. 479 LINES OF INCISION IN BONES AND SOFT PARTS IN SYME'S AND PIROGOFF'S AMPUTATIONS

賽默氏及披羅氏截斷術刀口之線

A A' 賽默氏之刀口 B B' 披羅氏之刀口

S. 賽默氏鋸斷脛腓骨下端處

P. 披羅氏鋸斷脛腓骨下端處

P. 披羅氏鋸斷跟骨處

片。並開踝關節。關節在內踝尖上半寸截斷關節周圍之靭帶及跟腱。足乃可除去。將後片移開。以便鋸脛腓骨下端（S）。縛其大血管。牽下腦經及肌腱而斷之。縫合其片。由傷口之一角設引流。又有快捷之法。即先割上下二口。剖上片而開其關節。遂由上將跟骨解剖割除。此術之優點。即腿幾與原先同長。且觸地之皮片。係靱性而習慣受壓。故行動無碍。若病在跗骨。此術甚佳。因滑膜常受累。則非施一斷根術不可也。

（乙）披羅氏術　P. Pirogoff's amputation　（鋸跟骨踝關節間截斷術）（見第四百七十九圖）此術乃鋸斷跟骨之前上分。將後分接連脛腓下端。（剖片之法與賽默氏術同。惟下片稍向前。與

上片成正角（B B'）。由前面割開關節。並剝其左右及後面之軟組織。以露出跟骨及脛腓下端遂由後上斜鋸之（P P'）。用銀線縫合。其理乃使跟骨與脛腓下端連妥。俾跟骨不至提上。（此術今用之較罕。因橛肢過長。不便於接假肢。）

小腿截斷術 Amputation of the leg

於中段截斷之爲妙。因可保全其槓杆之作用。此處以下者。則恐片之血循環不足。以上者則有礙於小腿槓杆性之運用。昔者用此術之目的。僅爲備接柱形假肢。而病者之屈膝即居假肢上之凹。 小腿中截斷。最妙乃剖二片。長者居內前。短者居外後。使瘢痕列肢之後面。片之首寸爲皮所成。繼須剖深。致片帶各層之肌。鋸骨時宜先鋸腓骨。且勿留脛骨之前緣。凸出似角。免穿傷其皮。須先由上前斜鋸骨之一半。而後横鋸次半。 至於小腿下段。有用替勒氏雙方片術者。Teale's amputation 因所存之橛肢頗善。剖內外並長之兩片亦可。 然接假肢或有不便之處。

第四百八十圖

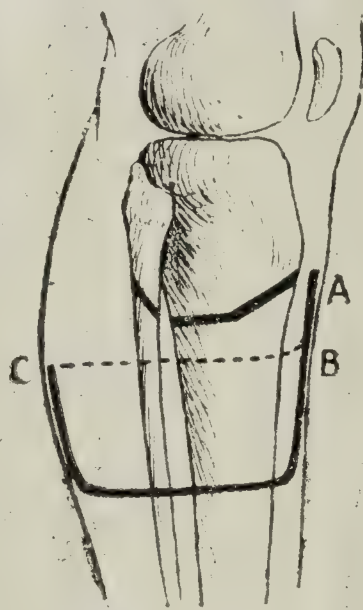


Fig. 480 FARABOEUF'S AMPUTATION AT THE SITE OF ELECTION, HANDSBREADTH BELOW THE KNEE

法氏膝關節下外片截斷術

膝關節下截斷術 Amputation of the leg at the site of election

此處可用片形及環形截斷術。或法拉孛氏 Faraboeuf 之外片術。外片術（第四百八十圖 A C）爲U字形之片。刀口之前

角高於後角半寸。片之直徑與小腿鋸骨處之橫徑相等。內刀口乃由外刀口之前角下一寸半起。橫割至外口之後角。解剖其外片。須由前端起。以刀隨指入脛骨與脛前肌之間。凡蓋骨及骨間筋膜之軟件。須斜割斷。脛前動脈宜長。故解剖其片不宜太高。恐於骨間處傷此動脈幹也。蓋動脈被傷。外片難活。至於內側之組織。或穿過截斷之。或環截斷之。後露出骨與骨間筋膜。而斷其骨。與上者同。

第四百八十一圖

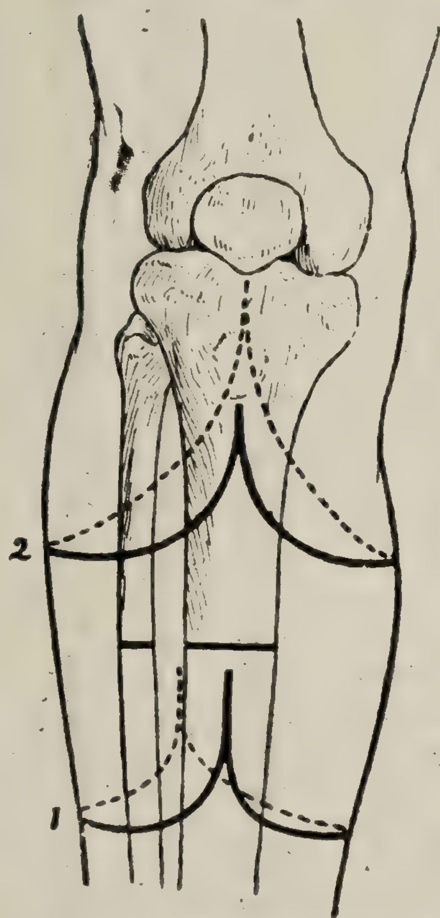


FIG. 481 1. AMPUTATION OF THE LEG BY LATERNAL FLAPS; 2. STEPHEN SMITH'S AMPUTATION THROUGH THE KNEE JOINT

1 小腿兩旁片並長截斷術

2 膝關節兩旁片並長截斷術

膝關節間截斷術 Disarticulation at knee-joint

此術最妙。病者之膝可任身之壓力。然所接之假肢略粗。因其合頁列於肢外也。其法有二。(甲)內外並長之兩片術。卽斯氏之術。Stephen Smith (第四百八十一圖2)。須剖內外二半月片。各由脛骨粗隆(骭阜)下起、彎向後至膕中平膝關節處。內片宜略長於外片。因股骨之內髁(骽內輪)尤大故也。解剖其片須帶淺深二筋膜。將片翻上似袖。斷其髕韌帶及膝圓韌帶。Coronary lig. 將刀循脛骨上緣使脛骨與二半月板(服弓)分離。遂斷膝節兩

旁之肌。腱及關節內之二叉韌帶。終則將片移開。橫割關節後面之軟件。縛膕血管。縫合兩片於中線。癒後瘢痕向後縮於內外踝之間。至行動時不至受壓。且股骨下端被蓋最妥。然此術不盡完善。因滑膜之上段未除去。或壓於假肢致被惹而積液。(乙)長前片術。髕骨之割取與否。必按病勢而定。後片宜短。須往上解剖之。以便橫斷肌與血管。

股骨髁(𩪫輪)上截斷術 Supracondyloid amputation of thigh 此術常用。每因膝關節損傷或患病之故。其術有四(甲)卡登氏術 Carden's 頗有効。然繃肢難接人工之膝關節。(第四百八十二圖A)其前片之二端。由內外髁最凸之處起。彎下過髕與脛骨粗隆間之中點。其片帶深筋膜。解剖至髕上廉止。其後片較短。在髕之上割一橫口。以開膝關節。遂屈其關節。而斷側韌帶。及二叉韌帶。截膕旁之肌及膕處之組織。而斷其腿後牽開肌。於股骨髁略上鋸斷之。(乙)李斯忒氏術 Lister (第四百八十二圖B)在肢前齊脛骨粗隆上廉割一橫口。至內外二側。後片由前口之兩角起。斜向下後成為鈍角。其片宜帶皮及淺筋膜。解剖之而反捲於上齊髕上緣環截其肌而斷其骨。如此者蓋繃肢之片大半由後而來。(丙)格利替氏術 Stokes-Gritti (第四百八十三圖)其解剖之法與卡氏術略同。惟前片較長且含髕骨後片短。宜環截其肌。鋸骨之處。乃在齊內收(闊)大肌之結節。且鋸斷髕後面(軟骨面)之一片。將髕置股骨下用銀線縫合。

第四百八十二圖

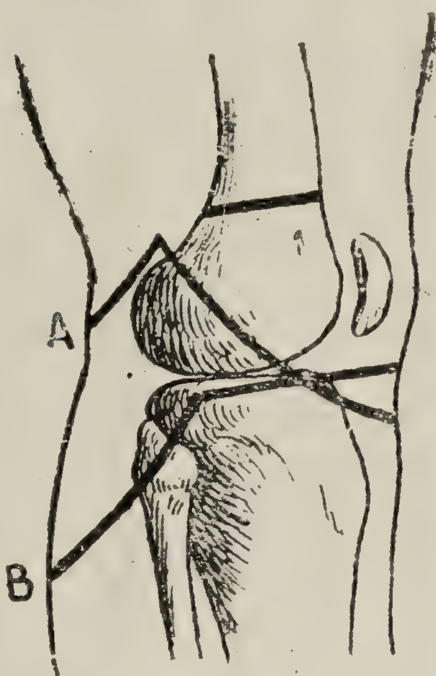


FIG. 482 SUPRACONDYLOID AMPUTATION OF THE THIGH
A, CARDEN'S OPERATION
B, LISTER'S OPERATION
卡登氏術
李斯忒氏術

第四百八十三圖

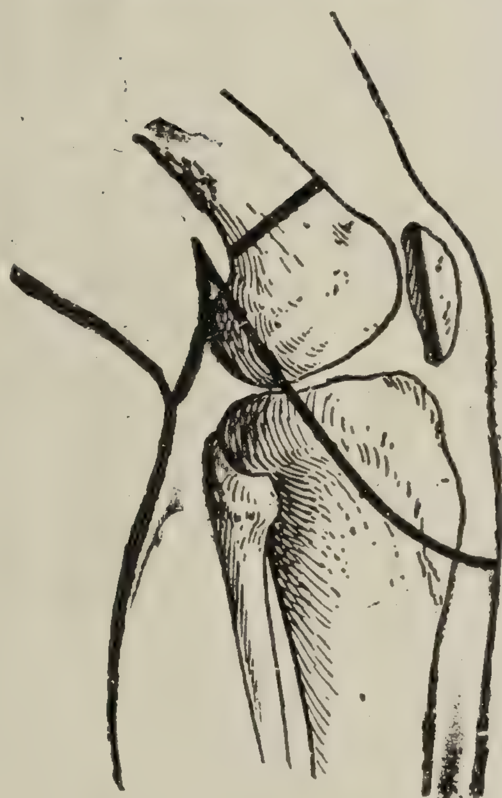


FIG. 483 STOKES GRITTI AMPUTATION
格利替氏術

若難於配合穩妥。可在股骨髁略上處鋸斷。則行之較易。（丁）（斯妥氏之術）長後片術。若膝前處生病。或因關節已割除而長瘢痕。則可用後片術。片只帶皮及淺筋膜。遂於前面之病處或瘢以上割一横口。並鋸去股骨下端。横斷後面之軟件。此𦙶肢常便於行走。

股骨幹截斷術 Amputation of the thigh

大抵用李斯忒氏之環形及片形截斷術爲妙。（第四百六十六與四百六十七兩圖）然循截斷總理而用他法亦可。𦙶肢之骨以長爲要。使仍有槓杆之功用。便於帶假肢。

髖（髀）關節間截斷術 Amputation through the hip-joint

斷髖關節屬冒險事。故宜設法防流血。又防腦力猝衰。身宜温暖。頭宜低於足。措手宜捷。防流血最妙之法。乃先縛大血管而後斷之。小血管則隨割隨縛。如此者或僅流血數兩。另有一法。名外頁氏 Wyeth 術。卽將庫秋壓

脈器束近盆上口邊。又揷二鋼針於股之兩側。使壓器不至滑下。其針長十寸。粗十六分之三寸。外側針刺入髂前上(棘)峯下四分之一寸。(且略在棘內側)向後穿髖外側之淺肌及筋膜約三寸。後則突出皮外。與揷入處齊。內側針刺入內收長肌起端之腱。在會陰下半寸。出坐骨結節(骶座)下一寸。宜用軟木蓋護針尖。防施術者之手損傷。遂用厚二寸方四寸之紗墊。墊在股動

第四百八十四圖



FIG. 484 AMPUTATION THROUGH THE HIP-JOINT. ON THE RIGHT LEG FURNEAUX JORDAN'S METHOD IS INDICATED; ON THE LEFT LEG THE FLAPS REQUIRED FOR THE ANTERIOR RACQUET OPERATION ARE SHOWN

髖關節間截斷術

脈過盆上口邊之處。以庫秋管(闊半寸長足圍股五六週者)緊束股根於針之上處。則斷其肢。而血不多流。截斷之法。昔多用穿過術。以成前後片而速斷之。今則常用外瓢形或前瓢形之截斷術。

外瓢形術(第四百八十四圖)施術者立在病肢之外側。病者之骨盆宜置於牀邊。法在距大粗(隆)凸下五六寸處。環割其皮及皮下結締織。向上解剖二三寸。環斷其肌。鋸去股骨。再由肢外側割六至八寸長之口。深達至骨。解剖股骨前後二面之件。遂循大粗隆之邊將旋股之肌截斷。以獅口鉗鉗股骨體。屈之而轉於內。開髖

關節囊之後段。繼轉向外。斷關節囊之前段。及髂腰肌之附麗。以刀入髖臼（髂盂）斷圓韌帶。而股骨頭乃可除去。此術之妙點。乃割口遠離外生殖器及會陰處。故受染者較少。

前瓢形術（第四百八十四圖）　此術於病者之大多數其效較美。割口起於腹股溝韌帶（髂筋筋帶）之中。向下長約三四寸。宜循大血管之路開其鞘。各宜以雙線縛妥。隨卽斜剖向內側。距會陰下四五寸。彎後至外側。距大粗隆下三四寸。仍還於原處。遂截斷外片之肌等。並將旋股外側動脈等以鉗夾住。轉肢向內。而斷臀大及附麗大粗隆諸肌之止端。再轉向外。截斷內片之肌及旋股內側動脈。橫割關節囊。將股骨頭撬出。又將肢用力外轉。遂由內側向外穀然橫斷後面之軟件。（坐骨腦經血管等）縫後之口成一由前至後之線。　如是截斷。或齊大粗隆截斷之後。皆須細心製皮殼。以接殭肢及骨盆。殼上有皮帶懸於肩上。殼下有人工杵臼關節。以連假肢。關節有鎖。便於活動或定妥。此術之結局頗良。

第四十五章　麻術又名失知覺術 ANESTHESIA

自來外科醫士。皆極力設法以免除病者痛苦。然至十八世紀始確有進步。一千七百九十九年達斐氏 Sir Humphrey Davy 主張用喜氣以使被割症者失知覺。當時因製備是藥不純。無甚功效。故未通行。歷若干年後醫士始常用之。一千八百四十六年龍氏 Long 及摩氏 Morton 在美國發明伊打之功用。一千八百四十七年森孫氏 Sir James Simpson 在蘇格蘭之厄丁布耳 Edinburgh 發明哥羅仿之功用。遂使外科界成一新時代。在此二藥未發明以前。割症尚少。既發明後。則割症之數大增。今日之外科家。其知識與經驗所以有大進步者。因常用此二迷蒙藥、多得其助力也。昔日無此二藥時。施行外科。可知其難殊甚。今之外科士。施用迷蒙藥。幾於在病者之全身各處。皆能施其手術。迥不同於昔日。因昔日以迅速可減病者之痛。其手術之目的在迅速。今則以精細妥適為目的也。

使人之麻法不一。(一)暫癱知覺腦經之末梢。即施於欲割之處。無論凍法。或用空針注射麻藥於皮下皆可。(名局部麻法 Local anesthesia)(二)暫阻病處腦經傳感之功。乃用上言之藥類。射入腦經內。或於其鄰處。(名脊髓(腦)麻法及部位麻法、Spinal and regional anesthesia)用此二法。病者仍省人事。用以下二法。則病者昏迷矣。(三)乃用易化氣之藥。使人由口鼻吸入。(名吸入迷蒙法 Inhalation anesthesia)(四)乃將易化氣之藥。射於靜脈或肛門內。

局部麻法 LOCAL ANESTHESIA

此法常用於省時之小割症。或割大症而病者不能受周身麻藥者。亦間用之。

凡由化學製備之痲藥。除有一種外。皆以可卡乾葉所得之可卡印爲主藥。所常用者。即氫氯酸可卡印。（可卡印氫氯鹽）Cocain. Hydrochlorid. 痲法易見效處即粘膜。如以百分之五或百分之十之溶液而敷之。歷時五分至十分。其效亦存五分至十分之久。若欲使皮膚或較深之組織顯痲效。必以空針注射之。如此其效即隨腦經末梢而顯。夫可卡印所以有痲效者。醫士以爲有下列二故。（一）因其縮小血管、致組織虧血。（二）因知覺腦經末梢被癱。然發炎之組織顯效較少。　注射時其空針宜循所欲割之刀口。其注藥之處。亦宜相隔均勻。醫士宜切記者。可卡印有阻心之力。故施術時所射之劑量不可過半厘。如顯中毒之狀。（如面白・出冷汗・頭暈・脈搏弱而速等）宜令病者頭低於身。兼服激性藥。但身體有數處。或能用法阻其血循環。以免藥吸收散入周身。即如莖包皮施割術時。可用庫秋帶將莖根緊縛。又於手或足趾施外科術時。（如扭足甲等）亦可用庫秋帶縛之。

又有阻血一法。即於射藥內加腎上腺精一分水千分之溶液數滴是也。　近有醫士以可卡印百分之一或百分之二之淡溶液。射以較大之分劑。顯效亦相等。但用此淡液。必射於欲割處之四圍。並射於其深處方可。Schleich's infiltration method　又有人按化學製成可卡印各類鹽礬。其效多與尋常所用之鹽同。且罕顯毒力。最常用者。即乙猶卡印（又名猶肯）B-eucain 司妥復卡印 Stovocain 挪復卡印 Novocain 等。茲將名醫巴氏 Barker 之藥方列下。

Aq. Destill.	蒸　水	三兩半	(100 cc)
B-eucain. Hydrochlorid.	乙猶肯	三厘	(0.2 gm)
Sod. Chlorid.	氯化鈉（鈉氯鹽）	十二厘	(0.8 gm)
Sol. Adrenal. Chlor. 1 in 1000	千分之一氯化腎上腺精（腎上腺精氯鹽）溶液十量滴		(0.6 cc)

用此溶液。則不顯中毒之狀。卽射至七量兩。使組織受浸潤而亦無害。如使之存於組織內歷三十或四十分鐘之久。不但該處顯完全之麻效。且幾無血存於其內也。若病者有故。至不能忍受全身之迷蒙法。可用此溶液行外科之大手術。如勒疝·腸塞·氣管剖術等。而病者亦不覺痛。

局部麻法。 亦可以凍法行之。卽用冰加氫化鈉(鈉氯鹽)凍之。或用伊打。或氫化醚(㷔氯鹽 Ethyl Chlorid.)以噴霧具噴之皆可。此種氫化醚近來售者皆貯於合宜之小玻管或金類管內。管有一細微之嘴。醫士如欲麻某處。可手握此管。藥卽噴出。射於該處之皮上。則飛散甚速。故令皮受凍而色白。用此法所得之麻效。存時不久。且凍解時或畧覺痛。但其痛較用伊打凍解時爲輕。

近來有醫士以貴林與尿素製成百分之一之溶液(化學名爲氫化貴林尿素(貴林尿素氯鹽)Urea Hydrochlorid.)用之。雖毫無毒力。但不免使組織滲出若干之液。

部位麻法 Regional anesthesia

此法醫士用之。不但須知該處腦經之來原。且須知總腦經幹於何處由深筋膜外出。曾有名醫已確定其外出之處。但因其處甚難確定。故一人獨定者不足憑。必另經他醫復定。方爲準確。且用此法時最要者。卽在所用之溶液務宜無菌。

脊髓(腦)麻術 Spinal anesthesia 此術乃將麻藥注射於脊髓膜內。該藥卽行功於腦經中樞(司所)或腦經根而使中樞之部位不覺痛也。始初醫士專用可卡印。後因所顯之效常不佳。故不用之。近今所常用者乃司妥復卡印。Stovain 此藥藥行中有備成已殺細菌之溶液。貯於玻璃壳內。每壳內有司妥復卡印及葡糖各 0.1 gm。無菌水 2.0 用

時或將此売盡射於脊管腔。或僅射數分。可按病情而定。

第四百八十五圖

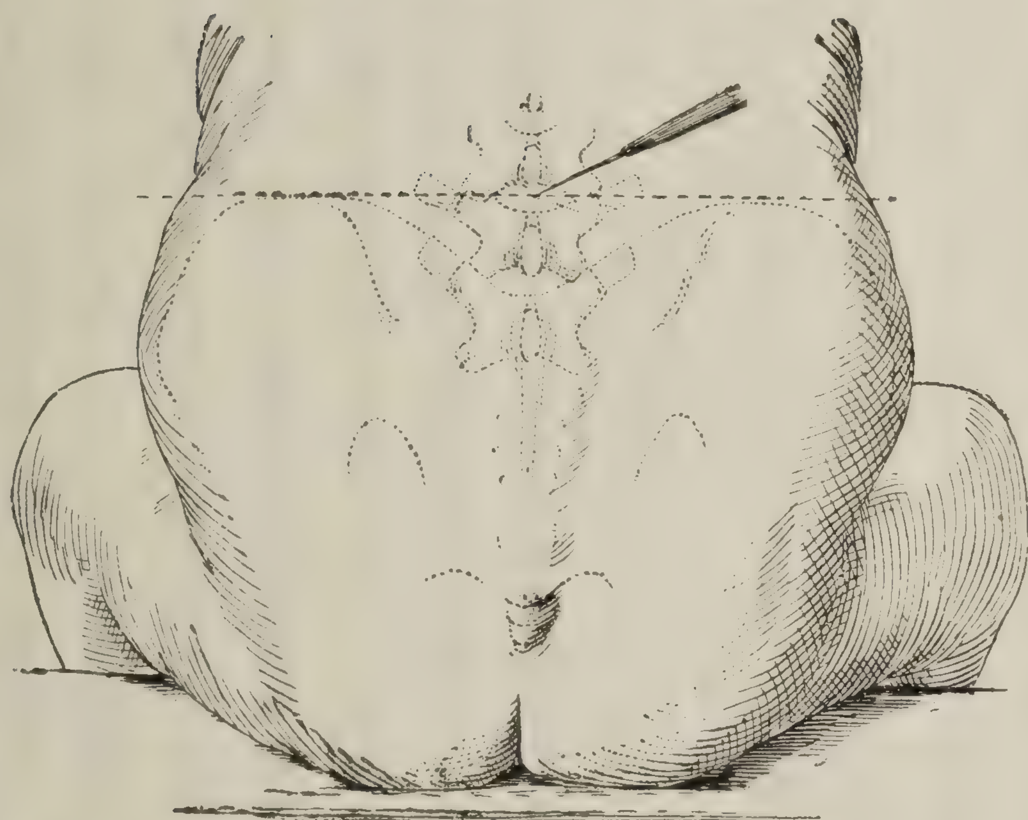


FIG. 485 DIAGRAM OF PATIENT'S BACK IN THE SITTING POSTURE AND SITE OF INJECTION FOR INDUCING SPINAL ANESTHESIA
THE POINTER MERELY INDICATES THE *site* OF INJECTION AND *not* THE DIRECTION IN WHICH THE NEEDLE MUST BE INSERTED

脊髓麻術、視病者之坐式、其針乃指刺處、非刺時之方向、

此術之技藝。甚爲簡單。售外科用具者。多製成大小不等之射針一套。及擠筒一枚。以備醫士之用。將此器滅菌之時。不可用鹼性水等。因其能令司妥復卡印變其體質而失效力也。射時宜用法使病者背上無菌。令其坐而脊柱前曲。或曲身側臥。此等體式甚關緊要。因能展開脊椎後之間處也。最常選擇之射處。乃第三四腰椎棘突(脊後峯)間處。即與二髂上緣(臁)相平。(第四百八十五圖)如病人之畏痛者。先以氯化醚凍之。後再以針由脊正中線刺入。刺針之方向宜直。或畧向上。有由距脊正中線一寸之三分一之處刺入者。如此其針必畧向正中線而行。若刺法適宜。針至黃韌帶(脊背扁間筋帶)時。則必覺有抵力。至硬脊膜(脊腦筋膜)時。則又覺有抵力也。如刺入適當。則必有腦液流出。初流者畧帶血色。於是容其液流出一二錢。後再射入麻藥。畢即將針拔出。但如此放液。醫士尙未悉其是否爲必要。及有益否也。若刺針時刺於骨上。莫妙於將針拔出另

擇新處刺之。或仍刺該脊椎間處。或其上或其下之處皆可。 射藥既畢。病者宜仰臥。且於骶下墊一厚四寸之墊。俾藥畧向上行。但因此藥不僅有失痛覺之功。且能癱運動腦經。故藥不可使上行太過。免其至呼吸肌之中樞也。 約經五至十二分鐘麻效卽顯。每先顯於會陰。後顯於足。漸次顯於身之下段。或且向上至臍處。或畧過臍。其肌之動力。及反應之能亦兼失。惟身下段之捫覺仍存。間有用此法而病者之痛覺仍不失者。其故今尙未悉。如用之而得正效。於施手術時。病者則坦然安臥。肌肉鬆弛。或有能吸煙談話閱報等不改常度者。且經用此藥。不必禁忌飲食。但有於當日或第二日畧覺頭痛者。間或有嘔吐者。或有用此藥越一二年後。顯有腦經病而累及脊髓者。但難確定其與此藥有關也。

據現在醫家所論。可用部位麻法者如下。如於臍處以下須施外科手術。用迷蒙藥不宜者。可施此法。倘對於平常病症。並不勝於迷蒙法也。試列其缺點如下。

(一)用之或無效。(二)射時或發痛。(三)射後一二日、或有不舒之狀。(如頭痛嘔吐等。)(四)病者靈覺仍如常。故於設備割術諸事。欲其腦不感觸。心不驚慌。殊覺無法。(五)以後或現繼發性之腦經病。此說是否未決。總之如人心肺腎有病。或患糖尿症甚重。或外科士無助手。且必使肌完全鬆弛者。如下肢骨折而欲人安穩等。用此法適宜。因用蒙藥常有撐持之狀。故對於骨折。此法最佳。

吸迷蒙藥之全身麻法 GENERAL ANESTHESIA BY INHALATION

(甲)**亞硝酸氱**(氰下萘)又名喜氣。 Nitrous Oxide gas (N_2O) 此氣牙科醫士常用。且外科醫士於短時之手術亦用之。如割膿腫(瘡)或拔足甲等。今知以亞硝酸氱調和空氣而用之爲妙。若調和氯(氧)氣則尤妙。因迷蒙效較均

第四百八十六圖

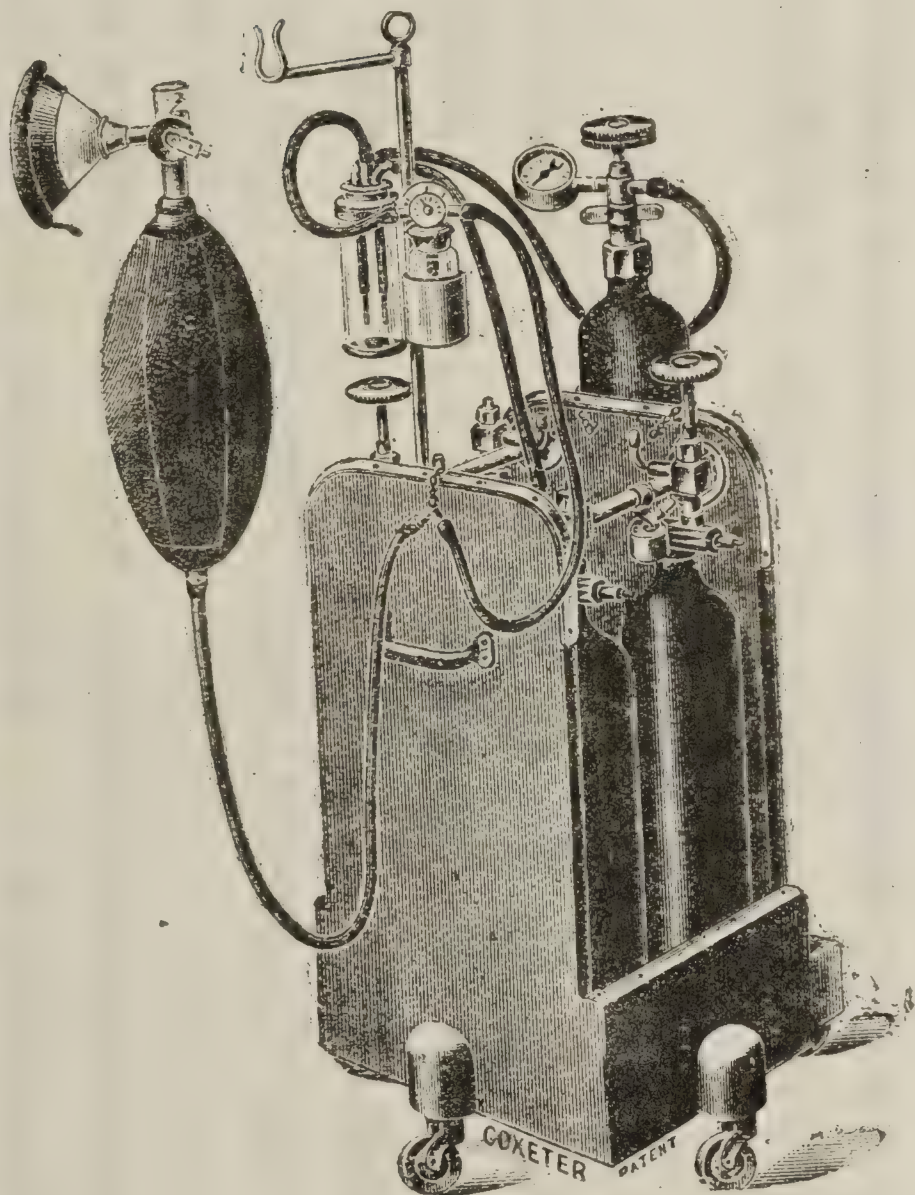


FIG. 486 BOYLE'S GAS AND OXYGEN OUTFIT

波氏施亞硝酸氯器具

勻。且少危險也。有謂純用亞硝酸氯則有危險。近來有人試知。若用亞硝酸氯與氬氣使病者吸收。且使其有若干次復吸。此實便於醫士。且使病者無哥羅芳與醚之弊也。此等蒙術。多用於軍醫院。且有人製出特別之器具以便於用。茲僅舉波氏器言之。其器名施亞硝酸氯氬氣醚器。（見四百八十六圖）爲一木箱內置四筒。各筒含亞硝酸氯二百咖崙。又一筒含氬氣二十立方尺。（氣質點受壓。幾成流體。故筒能盛多量。）各筒上有減壓力之器。亦有龍頭以節制放出之氣遲速合度。含氬之筒另有一壓力表。藉知筒內之氬若干。又有一玻瓶。瓶內盛以水。瓶塞中通有二金類之管。均接以橡皮管。一管引筒內之氬。一管引筒內之亞硝酸氯。管入筒中之下段有多孔。其氣泡由此噴過。施迷蒙藥者藉知其氣多少。此二種氣在瓶內調和。塞內猶有一管。將調和之氣輸出。入於一大橡皮囊。（或經過醚瓶而後入囊）又有一面罩。上有三杈龍頭。所以節制氣之出入。使病者將所呼之氣呼出於外。或呼入囊內而復吸之。

未施迷蒙藥前。莫善於先射嗎啡(莫非)與阿刀便等藥。用嗎啡 1/6 厘。Morphin 0.01 阿刀便 1/120 厘。Atropin 0.00055 有謂於健壯之人、可另加亥歐辛 1/200 厘 Hyoscin 0.00032 者。射時當在施割前半小時。迷蒙效則可均勻。

施藥之時。須以亞硝酸氱四分。氱氣一分。調合之氣。引入囊內。滿至四分之三。面罩須緊蓋病者鼻口。即同器之合頁以使吸氣。最要者、面罩宜緊貼皮。勿使有隙。否則吸入外氣。身被激而撐持。有礙於迷蒙。呼吸數次後。可復加亞硝酸氱。以減引迷蒙藥之時間。(此時間內、病者不舒、)未幾、呼吸變深而有序。即於三四分鐘後有自主之韻律。Automatic rhythm 此爲受藥已足之據也。迷蒙至此級。可減少亞硝酸氱。僅使其由入氣管之兩孔而至。又減少氱氣。僅使其由入氣管之一孔而至。氣既調和。病者可吸收若干時。而情狀適宜。且可復吸袋內畧含二氱炭之氣。若見嘔吐。即知其不能忍受。遂開面罩之出氣合頁。使氣呼出。且亞硝酸氱氱氣二者均須加增。迷蒙時。病者容顏以始終爲水紅色爲宜。不拘何種施迷蒙法。若病者顏色變紫。即有危險。施藥者之目的。要在迷蒙均勻。若待病者受藥已適中。方施手術。且使所吸藥氣之量皆勻。即得平均之迷蒙矣。病者略復吸藥氣。實爲有益。可助其免有外科性之腦力猝衰。至於藥氣入橡皮囊之量。約爲呼吸氣之體積 1/3。如此、則可省費。若復吸之氣太多。當施藥及施術後。則見嘔吐、惡心等狀。

若用胡氏器。且施亞硝酸氱與氱之時間長。而無復吸之事。既耗費藥氣。且間有病人於施藥後歷久不舒。身多出汗。力亦衰弱。或有現嘔吐、心燥、頭痛等狀者。(見下文)苟有以上合宜之復吸。則無此弊。而病者之顏色亦好。且溫度如常。縱略升高。亦不至出汗也。

施術者既動手。則施術之人宜慎照料病者。使其狀不變。若面色將變紫。或氣鼾。或轉動。則須加添氱氣。惟有經驗之醫士。不多忽改其施藥之量。大約迷蒙效已至合宜之級。即可知宜用若干氱以保守此級。初用此法者。每加氱過多。致病

者醒悟而身不安。

施藥後之結局 若吸亞硝酸氱與氱氣。而吸時不過多。雖無復吸之事。大半無不舒之狀。或畧有嘔吐。心神急燥。然頭痛者少。病者醒悟。較受亞硝酸氱與空氣者略遲。 若有復吸之事。則病者以後狀況甚佳。於二三分鐘後即醒。其嘔吐者最少。若兼用醚。亦立刻隨之呼出。故無吸醚之結局。再者所用二種藥氣並無毒性。故身體無祛毒之難。與哥羅芳醚相反。由此觀之。病人已染膿毒。或身體甚弱者。用此法最宜。

分劑過大 雖所吸氱氣。足使顏色爲水紅。若吸亞硝酸氱過多。初則氣鼾。次則生粘液之功加增。皮變青白。臉上之反應全失。呼吸淺。血壓亦減。如此者、若仍吸之。或至於死。大抵因呼吸中樞(司所)被攤所致。其治法、即撤去面罩。見呼吸道仍通。即用代引呼吸術。若施氱氣亦佳。 各處受此藥氣之人。每日共有數千餘。然因受藥而死者最少。故知施藥者若爲有經驗之熟手。則危險甚小矣。

(乙)哥羅芳 Chloroform

此爲最普通之迷蒙藥。雖較醚有險。但因用法較易。故人多用之。醫家之論此藥。有二說焉。 (一)心是否直接被此藥所阻。 (二)其險狀是否因呼吸功先被阻而顯。此等說法。取證甚多。故此問題、今尚未決。蘇格蘭醫家主張用哥羅芳時。宜專注意於病者之呼吸。謂呼吸受阻乃最先之險兆。但施迷蒙藥之專家。多反對此說。以其過於拘執也。彼既謂吸哥羅芳而死者。先由呼吸受阻。因此而死實居多半。然因哥羅芳直接行功於心肌而毒害之以致人死者。仍有若干人也。其實吸哥羅芳時而因心停止死者亦必不少。惟吾人宜辨其係中哥羅芳而死。抑係吸哥羅芳時而死。但不能無所疑問耳。 人受哥羅芳過大之分劑。固能阻其呼吸。但早用合宜之法。則不至於死。人吸哥羅芳時而心先停致死者。其故大約在心力猝衰。而不盡在迷蒙藥之性質也。

近有醫士講論慢性中哥羅芳毒之患。最常見於小兒而已患血中毒性之重症者尤多。所顯中毒之初狀。即吸哥羅芳約踰十二小時。先顯嘔吐也。所嘔吐之物。狀似肉湯。無法能止。後則睏倦。無精神。薄情欲。約至五日卽昏迷而死。又或畧顯癀疸之狀。口有醋醞 Acetone 之臭。血及尿內亦含醋醞並雙醋酸。Diacetic Acid 此二物雖多顯於吸哥羅芳後。但亦有顯於他類病者。剖驗時最異常之狀。卽肝變壞爲脂甚重也。且累及他器官。有一名醫以爲肝之變壞。未吸藥先或已畧有。及吸藥後。遂致甚受其激而大顯也。在成人於割症後一二日亦顯有似此之狀。大約此狀在有甚重之血中毒者爲最常見。如膿性闌尾炎是也。此類炎所顯之狀。有似肝黃枯症。卽常吐、癀疸、昏譫、昏迷等。且其肝甚顯變壞之狀。治此類病。尋常未有他法。只用法減其傷口所吸收之毒。並注射鹼性溶液於血內而已。或謂於未割之先。若使病者服葡糖一錢 4.0。每日三次。乃爲防症之法。但平常若顯以上之狀。卽致死亡。且每死於顯患後之第三日。亦有吸醚後而顯此狀者。不但如此。且有未受手術而仍顯此狀者。

用哥羅芳之法不一。但任何種法。皆有三要理宜切記之。(一)漸次施藥。初宜輕淡。(二)藥力漸加而使勻。(三)添藥時間須均等。

通氣法 Open method 卽將藥液滴於面罩。此爲清潔而少危險之法。昔有李氏 Lister 醫士。以潔淨而上糙之巾。叠成圓錐形。以別針扣之。底畧寬。可將病者鼻頦罩於其內而用之。但今日則多用與美氏 Schimmelbusch 面罩。其罩爲金類之空架。上面蓋絨布二層。或紗布六層。先將罩距病者之鼻數寸。點點滴哥羅芳於其上。切勿直傾。待病者耐藥力增。則漸貼近臉面。罩上之藥宜常加。使紗布畧濕。未幾、病者之呼吸畧速。其呼吸之緩速。在藥加增之多少。少則緩。多則速也。此時或顯激發級。如歌唱、喊嚷、或撐持甚急等。則仍須愼爲加藥。但此級一過。病者卽呼吸甚深。則尤當注意。勿

使其受藥太過。後則呼吸漸勻。瞳孔漸縮。至有針孔之狀。且失光之知覺。結合膜（睟）亦失反應。至迷蒙最深則角膜（瞭）之反應亦失。瞳孔一經縮小。則呼吸之狀變深而勻。且畧氣鼾。此名自主性之呼吸。身之肌部鬆弛。動脈亦畧速於常。病者初吸藥時。其動脈之速率每增。蓋對於手術多驚慌不安也。

保存迷蒙 Maintenance of anesthesia　病者既得自主性之呼吸。施藥者當注意之。使其狀常存。須知病者抵藥之力漸小。則藥量亦須漸減。苟或不然。而藥量仍如前。則呼吸之狀即變。而失其韻律。即不屬自主性。瞳孔開大。見光亦不縮。此即吸哥羅芳過度之証也。若過度未至太甚。移去其面罩。則呼吸復有自主之韻律。而瞳孔亦縮小如前矣。

陣克氏吸器 Junker's Inhaler　此器多為吸哥羅芳之用。如於鼻或面上施外科手術。用之尤便。既不費藥。且頗使人滿意。其器有一機件。能使空氣透過淺層之哥羅芳。使其相合之氣達至包口具。或至鼻竅內。即能令病者迷蒙。其用哥羅芳之多寡。乃在握庫秋囊之遲速。未幾哥羅芳已變氣。其熱度即低降。而所發出之哥羅芳自漸減少。用此具時。勿使瓶貯哥羅芳過滿。且擠氣囊面罩二者之管。與瓶上之嘴相接。慎勿錯誤。否則有哥羅芳液湧出至病者之面。致有意外之事。

（丙）醚　又名伊打　亦為迷蒙藥。但危險較少於哥羅芳。因其有激心之功也。施用之法有三。

（一）蓋罩法 Closed method　此法可氏 Clover's 器或胡氏 Hewitt's 器等均可用之。可氏器有一面罩。可緊蓋病者面上。有貯醚之罐。及橡皮袋。罐內先置合宜分劑之醚。使病者呼吸之氣經過醚之上面。吸收醚之多少須節制之。使其所吸之氣。先則空氣多而醚少。後則可加增醚之量。至吸氣之$\frac{1}{3}$、或$\frac{1}{2}$、或$\frac{2}{3}$。夫可氏器之優點。在易使藥有限量。其缺點、即病者屢次復吸其呼出之氣。故其顏色易至變紫。但於施藥時。間次啟面罩。俾稍通空氣。如吸氣五次。藥

居四而空氣居一。則可免此弊。尚有一缺點。即病者咽(喉)內常有粘液存積。若先射嗎啡與阿刀便此弊即少。又其袋每經用之後。須愼爲洗滌。以免呼出之水氣、久存變臭。致與復用此器者有害。

近來施蒙藥者。在將用醚時。每先用喜氣。以引迷蒙。則病者始可免不舒之狀。繼再施醚。使迷蒙仍存。須用特別之呼吸器。如胡氏器、(第四百八十七圖)一筒貯喜氣。(圖A)須開放使入氣袋(圖B)。以便吸收至病者呼吸深而用韻律。則漸放罐內之醚(圖D)使其吸入。而袋內喜氣可漸減去。但須注意按上所言之法。以保存其迷蒙。病者須依時吸收空氣。以免顏色青紫。如此、袋內之氣亦漸爲調換。則二氧化炭(炭氧)不至太多。施迷蒙藥之時。忌使病者有青紫及撐持

第四百八十七圖

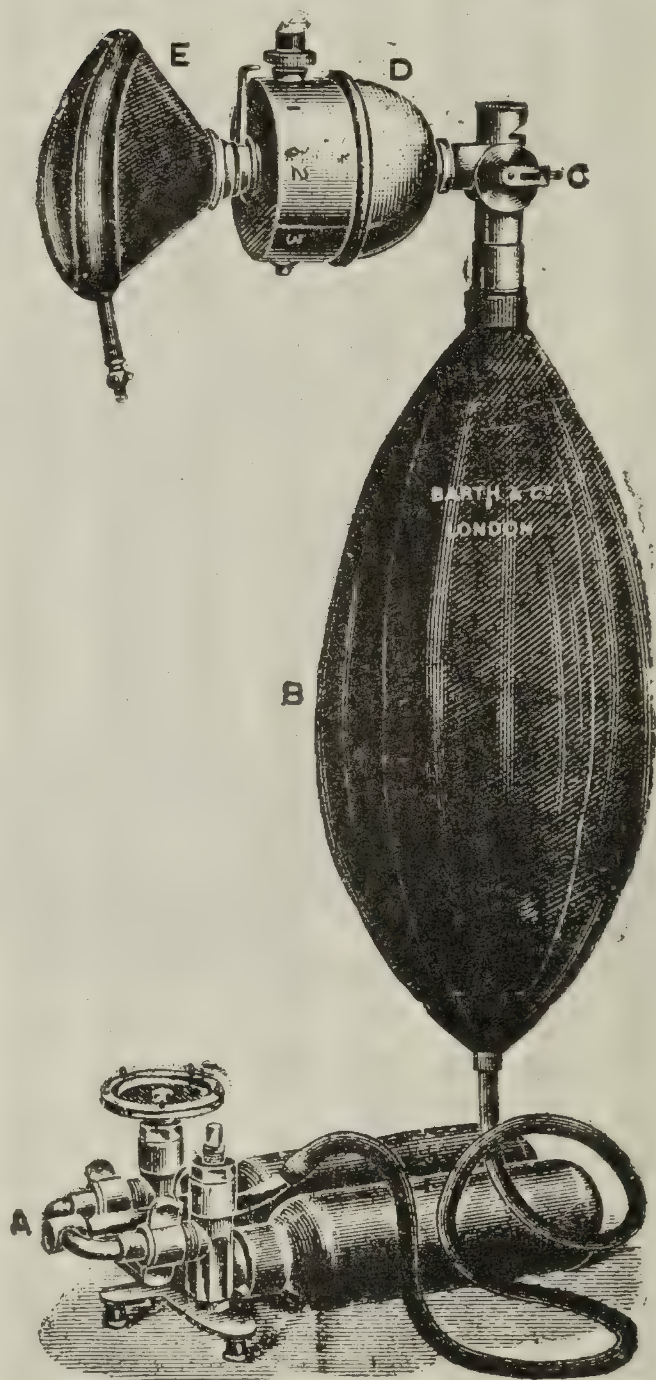


FIG. 467 HEWITT'S APPARATUS FOR THE ADMINISTRATION OF NITROUS OXIDE AND ETHER IN COMBINATION

A, Steel cylinders containing compressed nitrous oxide; B, indiarubber bag; C, threeway stopcock with valves; D, Clover's ether chamber; E, face-piece. If nitrous oxide alone is administered D is omitted. When ether alone is used A and C are omitted and a smaller bag substituted for B.

胡氏兼施亞硝酸氯並醚之器具
A,貯亞硝酸氯之鐵筒. B,橡皮袋. C,啟閉塞門. D,貯醚之罐. E,面罩.若僅施亞硝酸氯則不用D.若僅施醚則不用A與C.且B可換爲較小之袋.

之狀。因此二者均有危險。亦足証施藥者之不得法也。

(二)通氣法 Open method　用此法之目的。在欲免上文所言之諸弊。若施迷蒙者非爲專門及有經驗之手。則用此法較易而少險。施手術前半小時注射嗎啡阿刀便。以使病者心安而少生粘液。用與美氏面罩。蓋絨布四層。或紗布十二層。又其罩置於面處之環須隔棉一層。再將醚點點頻滴。不可直傾。囑病者呼吸均勻。藥可急滴。其迷蒙之各級與哥羅芳同。即病者之呼吸變深而有韻律。至有自主性。藉此可知迷蒙已達適宜地步。然仍須施藥。且於病者之呼吸、顏色、脈搏、均宜注意。惟醚可漸減矣。施藥者愈有經驗。用醚愈少。病者之呼吸道。務當料理使之流通。則顏色方可始終如常。若現青紫色。則知呼吸被阻。須立治之。

醚之臭辣而難嗅。若面罩先滴以橘香油酒數滴。則此臭可解。

由是觀之。此施醚術未至完善。蓋有數弊。(1)藥量甚大。不免耗費。(2)醚之散佈徧人衣身。致助手皆不舒暢。暑夏時尤甚。(3)其關係最重者。即醚變流體爲氣體時則甚冷。故見罩上成霜。致病者所吸之氣亦極冷。較房內温度低三十餘度。如此、病者則易致枝氣管炎或肺炎。體温亦低而有危險。且腦力猝衰之狀易增。

(三)温氣法 Warm ether method　此法不用橡皮囊。故無復吸太過之危險。且與通氣法畧同。然所吸之氣。非由重布所製之面罩而過。致氣變極冷。乃將温醚與空氣調和之氣。以供病者吸收。

所用器具爲細威氏 Shipway 器。其重要之部分有四。(B)手握之擠氣袋。(E)貯醚之瓶。(C)張克氏吸哥羅芳瓶。(W)温暖(眞空)瓶 Vacuum flask 使氣變熱。以上三瓶。各置於金類筒內。彼此相連。惟瓶之筒可隨時移動。E C二筒較瓶畧大。筒瓶中間以水隔之。免迷蒙藥變冷。E瓶(醚瓶)之塞有三要件。(一)通至W瓶之出氣管。(二)漏斗。

(F)(三)合頁門。(T)合頁門之長支通至醚內下段有許多數小孔。所以使氣平均微細。滿佈醚內。不至突激也。合頁另有二小支。一有橡皮管連擠氣囊。一有橡皮管連C瓶之入管。E C二瓶之出管兼通W瓶。W瓶有特別之管。爲金類所製。曲作長U字形。兩端有出入之口。管置於W瓶熱水內。其入口爲雙。連E C二瓶之出管。出口連於長二三尺之橡皮管。通至面罩內。E瓶之合頁。若轉向此。則空氣由醚瓶經過。轉向彼。則由哥羅芳瓶經過。在中間。則兼由醚與哥羅芳經過。若欲施極稠之醚。可於裝E瓶之筒注熱水。節制迷蒙藥之稠稀多少。其法有二。一在合頁門之啟閉。一在壓氣袋之力大小。必施迷蒙藥均勻。始使病者迷蒙適宜。不至過深。

第四百八十八圖

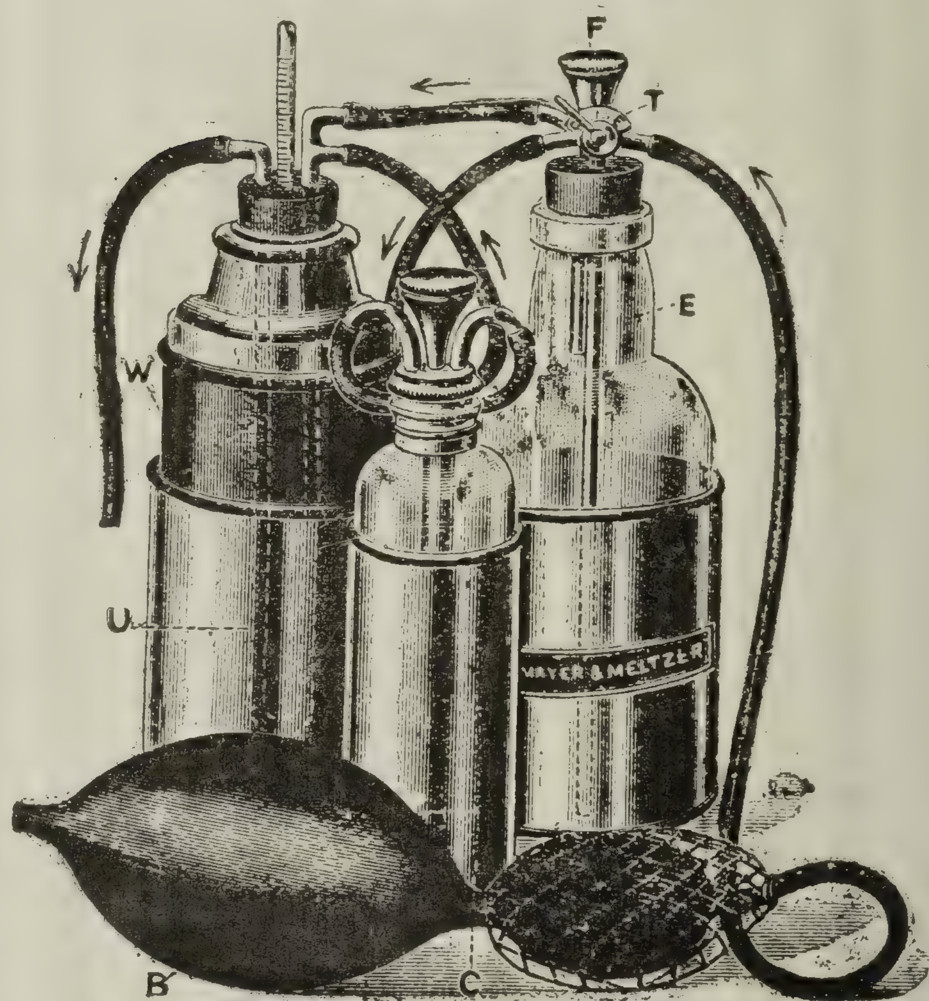


FIG. 488 SHIPWAY'S APPARATUS

細威氏之器具

用法　E瓶貯醚至六兩或八兩。(若欲將醚倒出。須去漏斗之塞。並開其出管之橡皮管則可。)若不用哥羅芳。可將C瓶之二管抽出而銜接之。又移去其瓶。如此、則袋內之氣或全由醚經過。或僅有一部分經過。其餘則直入W瓶。要皆由合頁門而定。E C二瓶之筒。須注熱水。施藥之先。可以阿刀便注射皮下。或兼用嗎啡及亥歐辛二藥。引迷蒙時。可以布製面罩。將哥羅芳滴於

其上。或用本器具。卽將W瓶之長出管通至面罩內。而不連他器。以免藥散失。此時若病者撐持。可滴哥羅芳於面罩。則使病者安靜。此後須減哥羅芳而增醚。最妙者、用絨布一塊。（剪開一口。以便露出病者口鼻）置於面上。而後蓋以與美氏面罩。醚之多少稠稀。視病者之耐藥力。卽漸增直至適宜地步。

有時醚宜頻擠不停。然於病者正吸氣時擠之爲妙。再者、醫士依藥氣之冷熱。可調理病者之溫度。大抵藥氣至九十度或畧高始可。如病者身弱。或腦衰。或於施手術時體露處較大。使身溫易散。又或流血較多。則藥氣可至九十五度。然於幼童或已發熱之病人。勿用過熱之藥氣。恐其熱度愈高也。

第四百八十九圖

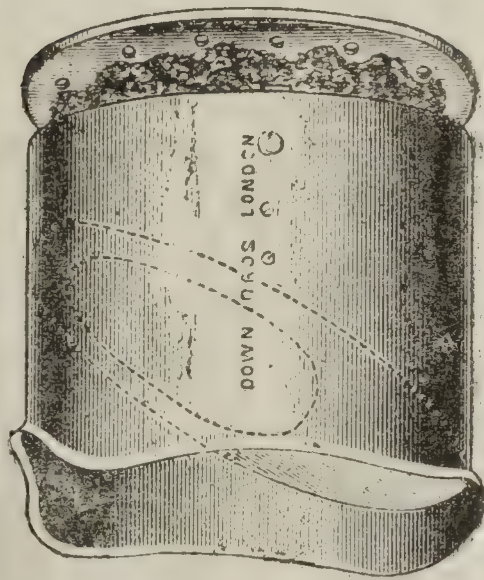


FIG. 489 SILK'S MODIFICATION OF RENDLE'S MASK

壬氏面罩（改良）

（丁）醇哥醚調合藥 A. C. E. Mixture 卽醇一分。哥羅芳二分。醚三分相合而成。因其內含醚及醇。故有抵哥羅芳阻心之力。可用壬氏面罩 Rendle's mask 或哥羅芳通氣法行之。但通氣法僅可施於小兒。或虛弱之人。因若輩不必多吸藥也。　壬氏面罩係一橢圓之盒。下端開敞。其式適合於人之口鼻。上端有多孔。以便空氣入內。此器可以熟革。或假象牙。或銅製成。但以假象牙與銅製之最妙。（第四百八十九圖）用時取海絨二三塊。置於器內。滴以迷蒙藥。蓋於病者口鼻。則其所吸之氣由器經過。且必含有藥氣矣。其藥之多寡。可以手按器上之孔以節制之。此調合藥、其缺點卽在此三種藥之化散遲速不同。醚最速。必致所遺者多係哥羅芳。如此則恐有危險。但以醚及調合藥輪流滴於海絨上。可免此弊矣。

哥醚調合藥 C. E. mixture　若以哥羅芳二分醚三分調合之藥。按通氣法使病者吸收。甚易而適當。卽鮮有哥羅芳之危險。且無用醚之難。故於醫士之無經驗者。用之最便。

(戊)氯化醚 Ethyl Chloride　此藥近來醫家始以為迷蒙之用。且顯效甚佳。其用有三。(一)為口鼻之小手術。如拔牙或割取鼻咽(喉)淋巴疣等。施此類手術。則一分劑已足。(二)為他處之小手術。如開瘡、或使折骨脫關節復位等。(三)為引迷蒙續施醚。(此與喜氣同)以施大手術。但其用有限。因化散甚易。且所用之吸法均不甚便也。用時可將此藥二或三西西 2-3 cc 置於喜氣袋或醚具內。(此藥與庫秋無損)以面罩緊蓋於病者之口鼻。則顯效甚速。然效失亦速。且復醒後常顯惡心及欠活力。但為大手術先用此藥以引迷蒙。續用醚或醇哥醚調合藥。則可省時間。設續用醇哥醚。宜先將氯化醚八至十西西 8-10 cc。傾於壬氏面罩之海絨上。至病者一失知覺。再續用此醇哥醚之調合藥。以使迷蒙久存。曾經醫士報告吸氯化醚而死者。過乎當有之數。故不宜使非熟手用之也。

不吸之施醚法 Non-inhalation methods of administering ether

其施法有三。於數種特別手術最為合用。

(甲)靜脈注射醚法　於肘關節外側或內踝處選一靜脈。先用麻藥而割開之。揷一導液筒縛穩。隨以醚一分。無菌之生理鹽水二十分。畧溫之。使由筒緩緩流入靜脈內。此法顯迷蒙效甚速。且甚滿人意。病者所受醚之多寡。易於節制。卽用器使所流入之藥常均勻也。此器與冲肛所用之器相似。(第三百四十五圖)其缺點卽不易選擇靜脈。且按筒時。或致病者受疼。再者若手術時較長。則所注射之液必多。或至三磅。如此或致心舒展過度。並加增傷口所滲出之液。或致他弊也。但於每二十兩內加亥朶那五至十厘 Hedonal 0.3-0.6　亦能畧減其藥量。此法於因症大顯腦力脫失者。或恐其受手術後而有腦力脫失者。用之最宜。若欲使施藥之人與用藥之器距割處較遠。以便施手術。則此法亦可用。

(乙)氣管(總氣管)內施醚法 此法初爲美伊二醫士所發明。以便於胸部施手術。加增胸內氣之壓力。以抵禦身外空氣之壓力也。(當時以爲苟無特別之法。而置病者於減壓力箱內。則開其胸。必致肺塌陷而命危) 其法、乃用含醚之空氣。引至氣管分歧處。病者須依常預備。於施手術前半小時。先注射嗎啡與阿刀便於皮下。可用亞硝酸氯與氯氣或他法以引迷蒙。遂將頭畧伸出。用特別之壓舌具(與驗氣管之器同)以露明聲韌帶。取綢製導尿筒。(其口宜居筒尖、非在其旁) 將其插過二韌帶之間。入於枝氣管。使筒之尖附近氣氣分歧處。筒上端須連於出醚之機器以接收醚。筒之粗細。宜爲聲韌帶間處之三分一。使呼出之氣輸於外。若爲平常手術。則醚氣之壓力以十至十五千分米之汞爲足。然外科士若移動其肺。則壓力須增。

此法有顯然之難。且於平常外科手術無甚特別之益。然於施胸內手術。或欲令肺氣泡脹開之症。則此法有益。又或施口舌等處手術。致血與粘液等物多積於咽(喉)者。亦可用此法以清其咽。

(丙)肛內施醚法 此法於口面等處之手術甚爲有益。如只用醚液。後必見畧重之結腸(膶)炎。如用醚氣。則引迷蒙必多費時間。且迷蒙之淺深。醫士不能操縱之。故二法均不適用也。近有美國醫士瓜氏 Gwathmey 曾研究此術之技藝。謂病者於受手術之前夜須服瀉藥。且次早宜以溫水洗腸。臨手術前一小時。可射嗎啡 $\frac{1}{4}$ 厘 0.015 阿刀便 $\frac{1}{100}$ 厘 0.0006亥歐辛 $\frac{1}{100}$ 厘 0.0006。遂使病者側臥。墊高其臀。後取俄利伐油二兩。醚四兩。琶拉第亥 Paraldehyde 二錢。由導尿筒漸射入肛門內。病者若不受驚動。則漸就睡。甚至全行迷蒙。即可抬至手術房。大半不必加添迷藥。若須加添。則取一巾浸以溫水擰乾。蓋於病者口鼻。使畧行復吸。則迷蒙較深矣。若迷蒙仍不足。可按常法施哥羅芳、或醚、或亞硝酸氯及氯、若干。及手術畢後。須將所餘之注射肛藥劑引出。且須以水清其肛。如此者、或仍迷蒙至數小時。故宜常

看護之。免其舌及下頷骨等後垂。致有礙於呼吸。

此迷蒙法有時無效。亦曾有病人數次用之。而其迷蒙有時或深而合宜。有時或淺而不足。須另施亞硝酸氯及氯等。此法之優點。乃施迷蒙藥者不常附近病者之面。故於面處行割術者少受阻礙。

施迷蒙藥之總論 GENERAL REMARKS AS TO THE ADMINISTRATION OF ANESTHETICS

醫士宜切記使迷蒙時。腦部僅存生命所必有之功用。其餘各類功用盡行停止。夫既如此。不能謂其毫無危險也。故非須即施迷蒙藥者。則當先查視病人。能否經迷蒙藥而不受損。亦必妥為預備之。

預備病者之法 此為最要。即於施割術前數日節制其動作。調理其飲食。先一日使服合宜之瀉藥。約以蓖麻油為最善。當施手術之日。如早晨必須飲食。可少用之。且必為易化之品。但在手術前三小時內。切不可食物。如此、醫士即知病者胃空也。設遇受傷須立施手術者。或可用吐藥使吐出胃中之物。或施洗胃術。後再施迷蒙藥。且必先視其口。若有活動之假牙須取出之。即其頸或胸亦不可有衣或帶緊束之。如病者大顯怔忡之狀。或恐其顯腦力猝衰。則宜先於皮下射士的年。或於肛內射養育物。

施迷蒙藥之先。或宜用麻醉藥與否。已論於上。茲僅增益重要者一條。即於吸哥羅仿前切勿服嗎啡。因此藥有礙呼吸中樞之功也。

凡施迷蒙藥者。初不宜施之過速。必由漸而增。如病者顯怔忡之狀。尤宜如此。若見其四肢撐持。亦不宜用大力制止。且此程一過。即至呼吸較深之時。慎勿致迷蒙藥之分劑太過也。夫施蒙藥之目的。乃使病者之肌肉鬆弛。角膜失知覺。睡

孔縮小。脈搏及呼吸之遲速。各有一定之規則（自主性之呼吸）也。若瞳孔放大。且角膜之反應仍存。此時若他割術。病者必不安。宜畧增蒙藥之量。若瞳孔開大。而角膜反應已失。則必須暫止施藥也。若迷蒙過淺。則易有嘔吐。將吐時脈弱而速。面色灰白。一見此狀。如增其藥量。每能免其嘔吐之患。施迷蒙藥者。宜多留意於病者之呼吸。及瞳孔之放收。亦宜留意其唇頰耳所顯之色。藉以知其血循環之功如何也。亦宜間時診脈。但不如以上諸事之緊要耳。割皮之時。其迷蒙宜深。割皮下諸組織時。因其痛覺較鈍。故藥量可畧減。至縫合割口時。藥量又宜畧增。若於口部行手術致多流血。宜間時將病者之頭轉向一側。俾血流出。並用食水棉或紗拭凈其咽。以免血塊或他物入於喉（嗓）等。凡施迷蒙藥者。當常將病者之頭轉向一側。若施伊打此為更要。因該藥常使粘液多聚於咽也。

迷蒙後之療法 此係重要之事。病者自割症床抬至平常之床後。須使之仰臥。頭宜畧低。如能右側臥尤善。倘病者欲顯腦力猝衰。則當裹以熱毯。將床尾墊高十至十二寸。然因吸迷蒙藥者。其皮之知覺較常遲鈍。約在二十四小時內禁用熱水瓶為佳。恐受煬傷也（腦力猝衰之治法見一百八十九頁）且必使其靜臥數小時。室內之光不宜濃。俾得安睡。且三四小時內不宜食物。後可慎予飲淡茶、或蘇打水、或肉湯等少許。病者蘇醒後。每有嘔吐之患。且所吐之物有含膽之粘液者。然苟施藥得法。則嘔吐少時即止。亦間有久吐不止者。可服多量之重炭酸鈉（鈉輕碳強礬）淡液。服下雖被嘔出。然仍有洗胃之功也。吐狀較劇者。可服碘（氰）酒。每劑只須一滴。或服黑加非。有時將鉍藥類及輕衰酸 Hydrocyanic acid 加於自沸調藥內。使病者服之。或可有效。但須待吐止。方可由口食物。乃為常例。此時可用肛門射育質法。其或久吐不止者。至進定體食物一餐。則吐即止。

施迷蒙藥時之三大險

(一)呼吸受阻 (Obstructed respiration) 平常每因舌根後墜。堵塞喉門(嗓口)。致空氣不能內入。其時呼吸漸鼾。面耳之色漸紫。苟不救治。雖胸仍展縮。但空氣不能出入。至顯欠氣之弊。則胸之展縮亦停矣。無論何類蒙藥。此等之初狀乃為常見。故施藥者必時時加意防之。一見此狀。則轉側病人之頭或其全身。俾舌墜向一側。如仍無效。必立止施藥。而牽出其舌。在迷蒙之初級。若牽病者之頦。或以指置於下頷角後提之向前。可免此患。若此患顯於迷蒙之末級。則宜設法開其口。如用撐口具。遂以舌鑷牽其舌。或以指入咽將會厭根向前鈎住亦可。如此行之。即查知喉門有物塞之與否。若呼吸全停。宜立用被動呼吸法。若有吸蒙藥。甚至呼吸停止而致死者。此非不可免之事。必為施藥者之不經心所致也。

間有所吐之物吸入枝氣管者。致塞其呼吸道。則於嘔吐時皮色變紫。立顯欠氣之狀。故遇如此者。苟能啟其口。當以指伸入咽內。繞其四圍。以除外物而通喉門。如齒緊閉。不能啟口。或其阻塞在喉門以下。則或須用喉或氣管剖術救之。所幸此患究屬罕見。

(二)呼吸全停 (Complete cessation of respiration) 此為用哥羅芳過多之初狀。有謂用醚亦間有如此者。呼吸雖停。而脈搏仍跳動數秒鐘。其治法、即立止施藥。前牽其舌。並以指清除其喉門。且使其頭垂於割症牀之外。(如係小兒、可倒置其身、俾血多入顱腦、)隨用被動呼吸法。並以冷濕布輕擊其胸。或以冷熱水輪流澆其胸間。亦宜以空針射士的年或醚於皮下。倘仍無效。且心亦欲停止。可用陣流電。將二電極一按於脊後。一按於胸前第二或第三左肋間處。使

電經過激之。凡此數法。皆用二至三刻鐘之久。且必須極爲愼重。否則病者所存幾微之生機。反被此法而滅絕矣。

(三)心力頹敗 Cardiac failure　間有無他病者。然吸迷蒙藥時。其心力猝然脫失而命殞矣。其故、(甲)因施迷蒙藥時過受驚恐所致。(乙)因施術之始。尙未完全迷蒙致腦力猝衰而心力受阻。(丙)因所用之哥羅芳或醚分劑太大。其毒直接累及腦中樞或心肌所致。曾有剖屍而查視其心者。則見心肌薄軟。或有脂質侵入。左右室壁受累尤甚。惜此等情況。於其生前。不能以聽診器斷定。故難設法防備耳。　夫心瓣膜(門扇)有病而顯補欠之狀者。如吸迷蒙藥。平常則不至多增其險。　心力頹敗之治法。與治呼吸受阻同。

淋巴性況狀 即淋巴組織過長症之況狀 Status lymphaticus　心力頹敗至忽死者。有因此症所致。此症多見於小兒。其特狀乃全身之淋巴組織過長。即在咽、咽扁桃體、腹及縱隔(膻)中之腺尤顯。且其胸腺亦未變枯。脾及骨髓亦或顯細胞增多之狀。病者忽至死亡。非僅因吸迷蒙藥。亦有因注射敵白喉血清於皮下。或猝入冷水。或患輕性枝氣管炎而忽死者。此症多於死後方能認明。但如疑其有此病患。而施迷蒙藥時。當愈加謹愼。因此類病人吸藥之致死分劑乃極小也。且宜用醚及通氣迷蒙法。

各種迷蒙藥之選擇 Choice of an anesthetic　其理除由受藥者之病狀而定外。更由施藥者之經驗而定。如施藥者熟悉其一二法。則遇重症用其熟悉之法。較善於用其他之法也。若非深有經驗者。須用通氣法施醚則少危險。且病者多不關心其不舒之狀而求穩妥耳。醚或使枝氣管及肺盈血。若先取嗎啡與阿刀便以空針射之。則此狀減輕。或用細威氏之溫醚器亦可。施用哥羅芳較易於醚。且易於忍受。然而其危險更大。若過孩童而疑其已患淋巴組織過長症。或於身中毒之病人。切勿用之。如有孩童患膿性闌尾炎。則施哥羅芳較施醚更爲危險。曾有人調查因闌尾炎吸

迷蒙藥。則知吸哥羅芳而死者。較吸醚之死數爲多。蓋因吸哥羅芳後。即易受此藥之毒害。且致患肝黃枯症者不少。再者、久患瘧疾。及久中膿毒者。於哥羅芳藥頗難忍受。因彼等之心肌。或已變壞。致心力易於脫失而命亡。至用哥醚調和藥之優點。已詳於上矣。

手術腦力猝衰之減免法

英名 Anoci-Association 此爲美國醫生克君所命者。表明一特別之法。使病者經外科手術。可免腦力猝衰之弊。其論腦力猝衰之故、有二。(一)因腦細胞受心理性之感。如恐懼等情。(二)因有觸感。如疼痛等。由受手術處傳至腦。此兩種感激。皆須設法防止。防止心理性感者。即於病者之前不談及施手術之事。使病者不知受手術之時日。以免其心中過於懸念也。如患甲狀腺(牌榍)長大者。有時可再三施亞硝酸氰僞若與之治病。使之習慣蒙藥而無恐懼之心。其痛感關乎手術處之腦經者。可設法阻止其傳感之功。即用部位麻藥淡液。由淺至深漸射於割處之周圍。則傷口之痛覺等感。不得達至腦矣。若於腹部施手術。其法如左。

(一)於手術前一小時。施用嗎啡(一厘六分之一)與亥歐辛(一厘百五十分之一)之分劑。(二)施迷蒙藥之分劑。只求其昏迷不省人事足已。以亞硝酸氰並醚少許爲妙。(三)割口之皮與皮下組織須以挪復卡印 Novocaine 淡液(四百分之一)射入。所露出各層之組織。如筋膜或肌等。亦須以藥射之。(四)至於闌尾之系(懸)膜。或膽囊之底。或子宮闊圓二靭帶。或腸系膜等件。皆當依上法行之。(五)縫合刀口處。當用貴林兼尿素鹽(二百分之一)漸漸射入。該處則多出滲質以助封閉刀口。至於所用部位麻藥之多少無甚緊要。因藥如此之淡。不至傷害於病者。有謂盡用此法。則有害於腦之各種感激受阻而斷絕。故病者復原較易。亦有醫士於心理性之感激。不多加意防止。然常以淡麻藥射入受手術處之皮下與深組織。而頗見效。

附錄第一　軍醫外科

MILITARY SURGERY

近年來歐戰查明受槍彈、及開花彈、手彈、大力炸彈等傷者甚多。故除第十章所論槍彈傷之外。更於此敘述數種如下。

小槍子彈 Modern small-bore rifle or machine gun　由近處射出使人受重傷者。乃因子彈初行時輥轉搖動。致其傷成撕裂之狀。其由遠處射出。先撞他物。已變本形而後擊人。致受傷甚劇者。因其彈之搖動。更因其彈形參差。故所致之傷、與軟頭彈者相似。　手槍之傷與開花彈之傷畧同。

開花彈 Shrapnel　此彈一炸。則有多數鉛球大如櫻桃。四外飛散。若未撞着他物。球形多爲滑順。故少扯傷皮肉。且少携破碎衣塊陷入傷口。此彈之殼。傷與大力炸彈同。

大力炸彈及手彈 Grenades and high explosive bombs　卽有多稜角之金類塊。施特大之力。四外開散。其觸於皮處之傷較小。而皮下處與肌則受傷較劇。有時深筋膜之口仍小而上下之肌纖維收縮。致肌內成一空處。此空先滿以血團。後多化爲膿。因未受細菌所染者甚少也。若彈來爲直角之方向。其傷多有以上所言之狀。若爲偏斜之方向。則皮及其他淺組織受損較大。

槍彈傷後之經過(歷程) Course of wounds　槍彈及開花彈之傷口。如未被細菌所染。其害之重否。只視受傷之組織而異。茲不必贅。　然須注意受傷者大多數已受細菌之染。而其病之經過與結局。大抵在乎細菌之種類。及其毒力之大小。

傷之重否。亦因戰地而異。如在無田之山。沙漠之地。曠野無人之境。氣淸地潔之處。則受傷者少被細菌所染。患破傷風

(痙) Tetanus 與生氣性脫疽病(疥) Gas gangrene 者均少。至在法國等處。多為積年耕種之田。肥料壅培泥濘載道。為兵士者、伏於濠溝。衣服沾污。難於更換。且槍彈少而炸彈多。大彈落地。土崩塵揚。又加破碎之衣。皆易染兵士之傷處也。尤有進者、有受傷而不得立救。延至數句鐘或數日之久者。則抵病之力減少。檢察多數受傷者。則知受傷在十二句鐘內。細菌僅在傷口之淺組織。尚未入深組織。故無發炎之狀。若乘此時潔淨其傷口。則細菌染全身之危險可望減少。如歐戰之第三年。受傷兵士。係由戰場直入總醫院。伊時當受手術者六人中則有五人。後於距戰場較近處。多設分醫院。以便先潔病者傷口。再送至總醫院。則當受手術者。僅六分之二耳。

若為不潔之傷。非只有槍彈穿傷組織之害。另有傷處之蜂窩組織(絨胴)發輕或重之炎也。傷口之大小淺深及整齊與參差。並炎勢之累及重要組織與否。均有關於傷之經歷。使不順適。或有大危險。或有重兼患致妨害性命。 初期之兼患。為出血及腦力脫失。 Shock. 後起之兼患。多不外膿菌染身。更有破傷風與生氣性脫疽病。

子彈傷之細菌學 Bacteriology of gunshot wounds 近五年始多講之。茲僅述其大畧。細菌可分二類。 (一)厭氱(氣)類 Anaerobes 多由糞質而來。若遇有機物質、則有發釀之作用。此類又分二種。(甲)化糖菌 Saccharolytic (乙)化脭(化蛋白質)菌 Proteolytic 論甲種之作用。若偕有機物同處。則可化分數種氫氯化炭 (碳氿) 質。然少有化脭之力。如生氤(產氣)莢膜桿菌 B. Welchii (B. aerogenes capsulatus) 陪弗絨根桿菌 B. perfringens 臭氱(氣)桿菌 B. aerofoetidus 水腫桿菌 B. œdematiens 等。(乙)芽胞桿菌 B. sporogenes 惡水腫桿菌 B. œdematis maligni 破傷風桿菌(痙桿稽) B. tetani 等。 (二)需氱(氣)類 Aerobes 有普通膿菌。葡萄球菌(球點稽)鏈球菌(鏈點稽) 白喉桿菌類(疖稽類) Diphtheroid bacilli 結腸桿菌(胴桿稽)類。 Coliform bacilli. 破替司桿菌

B. proteus. 受傷後二十四小時內。細菌居傷內組織之面。且於其血圍內多屬厭氯菌。(如陪弗絨根桿菌)。亦有需氯菌。(如葡萄球菌、鏈球菌、破替司桿菌。)受傷時久。至組織之內受染。則厭氯菌減少。而需氯菌加增甚速。至生膿不止時。則厭氯菌大抵不見。

今有人察驗細菌偕生之理。Bacterial symbiosis 而知需氯菌有時幾將氯氣用盡。則厭氯菌得有生機。如有陪弗絨根桿菌偕鏈球菌破替司桿菌白喉桿菌類同處。始能孳生。曾有人以陪弗絨根桿菌接種於特別培養基。(如人血清已被胰化腥梅所解者。)若無他類菌相偕。雖多接種亦不生。若與白喉桿菌類偕處，其桿菌雖接種極少亦孳生甚速。即鏈球菌葡萄球菌。亦能激動之使甚孳生。總言之、受傷之人於首數日內起重兼患者。係因厭氯菌。日久始發炎者，係因鏈球菌。然他類菌亦或甚要。因有能興奮惡菌之作用。

子彈傷之總治法　兵士各攜敷傷料一包。包內有帶。並有汞鉡(錶鉦)衰粉紗。或無菌紗。兼小瓶碘酒(氯酒。)此類物於受傷時。兵士自己或其同伴爲之施用。傷者移至後陣。有救急分所醫士爲之裹傷口。或上夾板。再送至總救急所。若傷口仍出血者。須制止之。肢體損傷至不能救者。可割斷之。而受他等傷者。即急送至分醫院。以受手術。若在救急所有腦力脫失等急性症者。可暫住留。設法以補其力。俟其力足。始受手術。傷口有子彈等物。須以X光線驗明。

施手術界之目的 Scope of operation　其要理有二。(一)乃傷孔裏面之周圍。係已死或破爛之組織。(二)乃受傷後十二句鐘內。細菌仍在其組織之面。尚未深穿及鄰物。由此觀之。若能立時將其組織、及子彈、並他種外物(如碎衣等)。全行取出。則傷孔可變潔而無細菌。且可用立時縫合術縫合。以望其順愈。曾有受傷者六百二十六人。以此法治理。而得順性愈合者四百二十五人。其中受骨折透皮患者一百人。而得順性愈合者七十五人。　用此手術。須以完

全之無菌法並十分愼重。醫士之解剖學與外科技藝。均須精明。必四者俱備始可。但在急忙時而傷者衆多。若一一如此治理。深恐無暇。又況戰地遼闊。高明醫士。恐難分佈。然究以上法爲準則。　惟不得已時。勢難施用。卽將已死或破爛之組織割除。且子彈及碎衣等須除淨盡。後敷以合宜之消毒藥。並施他法。以望其傷口變潔而無菌。則可施暫延縫合術。以收束傷口。　若此法不能用。切勿閉合傷口。可任其由深處生肉芽。或待施日後縫合術。

子彈初傷之手術 Primary operation　此級關係甚大。須用氯化氫(氰下養) Hydrogen. Peroxid. 並氯氣或暖醚氣。以施迷蒙。先取紗一塊。浸以合宜之消毒藥。暫塞於傷口。周圍之皮。須剃淨盡。又用醚肥皂並重碘化汞(錻雙氯鹽) 酒溶液洗之後。用百分二之碘酒擦之。或用百分三之匹克酸 Ac. Picric. 木醇溶液亦可。遂循傷口周圍。修去其邊。愈近愈妙。刀口之二端。亦須割長。使下面之組織露出。有以紗浸於五百分之一之煌綠 Brilliant Green 藥液而塞其傷口者。則傷孔周圍已死或敗壞之組織。盡染綠色。最易辨別。遂由子彈所經之路。將附傷之組織一併刳除。所用之器。切勿透入傷路之內。以免受染。　如此行之。醫士由淺漸深。將擲射物並附傷之組織囫圇取出。猶如割除合膽石之膽囊然。　若擲射物穿通一肢體。致有出入二口。則傷路周圍之組織須割除之。所割之血管。須以線縛妥。免用塞滿傷口術。惟急忙時勢有不能。將敗壞組織並子彈等割除後。或有以敗毒藥抹於傷穴內者。如法拉汾 Flavine 或抹以重碘化汞(錻雙氯鹽)酒溶液。拭乾後將必潑 Bipp 於傷穴蓋一甚薄之層。或以煌綠製成糊藥。(以上諸藥之配製及用法見附錄第二) 又或用醚皆可。究之傷路之組織既已除淨。則消毒藥或不必敷矣。　卽或猶有少許細菌在內。其傷亦可順愈。

非傷者常在目前。不可用立時縫合術。因其傷口如有不合之狀。卽可立弛其線而啟之也。　若疑割口不潔。須遲至傷

口之流出質約無菌始可縫合。如以浸法拉汾藥（千分之一）之紗塞滿傷口。將傷口之邊。以線畧爲牽拉。若無炎狀。逾數日後。則可縫合（名暫延縫合術）。若顯炎狀。則弛其線而啓傷口以平常之治法治之。骨斷折者。已詳於上。（見三百九十一頁）茲不贅述。

至傷口已受重染者。自然不可縫合。施手術時。須全撥開。以察傷穴之各處。且於其各處設法引出流液。除去擊射物、外物、碎骨等。並割除壞組織。多置引流物。且在傷之下部割相對之口。用平常法以消膿毒。如用次氯酸化物（氯下礬）溶液以潤傷穴（見附錄第二）或用以洗不潔之傷口。或用之浸紗以塞傷口而滅菌毒。然因此藥有阻組織復長之功。故經數日傷已潔淨。即換他藥。若傷者常住留一處。則用卡追二醫士之治法 (Carrel-Dakin treatment) 爲妙。（見附錄第二）否則用必潑藥爲佳。則傷者移至總醫院時。藥可不必常爲更換也。

子彈傷後之治法大抵有二類。（一）組織受菌染之治法。已詳本書第四章。（二）擲射物所傷之組織如何修補。骨斷折之治法。最要者。若用夾板持定其骨。須設法使其相近之關節有時可得活動。腦經及他組織受傷。需大手術以補之者。須待至數月使傷口痊愈。及傷內之毒已去盡。曾有傷口已六閱月。似乎痊愈。但施手術欲縫合腦經時。則遇有包裹之膿匯（瘻）。故刀口難免被膿所染。而縫合腦經亦屬無益。

子彈傷之重要併發症（兼患）有出血、及腦力脫失、並破傷風、生氣性脫疽病、首三者上已論及。茲只論生氣性脫疽病。

生氣性脫疽病（生氣性疖） GAS GANGRENE

有此症之一種。醫界久已察知係由平常之傷（如路上車軋等）而來。若此者、其蜂窩結締織（絨連胭）。如皮下組織及

肌間結締織(連胭)。卽多受累(見一百零三頁)又歐戰時另有一種。其肌之組織易於受染且被累甚闊。卽肌並未受傷。僅畧傷皮與皮下組織。然肌竟患此症。但最多者爲炸彈傷。被參差之金類塊與泥土並破碎之衣等所致者。若傷處有較大之肌。而各肌有筋膜鞘包之。則受累尤多。故臀腓三角肌等處、最爲可慮。若此等處受傷。而有外物入內。須立用急法治之。若其肢欠血循環。(如因大脈損傷或用壓脈器已久)則尤易成此症。透皮骨折。亦受累不少。且此症與戰地亦有關。卽肥田之處更多有之也。

病理 此等傷口及受累之肌所含之細菌蓋有數種。足致此病者無非厭氣菌。最多爲陪弗絨根桿菌 B. perfringens 然亦有敗血弧菌 Vibrion septique 與水腫桿菌。戰事之傷受染生膿者。雖多含厭氣菌。然致生氣性之脫疽病者較少。故必有他原因階之。且肌之組織。受累速而傳佈廣。但他等組織。如關節之滑膜。及胸膜等。極有抵拒此患之力。則不至受累。以顯微鏡窺察該肌。則見肌纖維束間。有含液或氣之小隙。若以顏料染之。則見已死之肌纖維失其橫紋。故可辨其生死。肌組織致死之故。或因細菌毒所侵。或因欠血。其所以欠血者。大抵因氣阻毛細血管血循環之作用也。

臨症論 卽傷處之顯狀約可辨明。但不可遲延。因病危急。醫士務宜屢次察驗而辨識其初狀。立爲施治。不然。若待病處顯鼓脹。有擦聲。皮變色。患處動脈不搏動等狀。則非截斷其肢無望矣。

病之初狀 卽傷口流出色棕畧發臭氣之血液。若壓周圍之組織。卽出小氣泡。該處腫而微硬。皮色畧黃或棕。皮下某肌之腹腫脹。致其界易顯。輕叩之則有空响。是亦重要之據也。以X光線射之。則見患處之影疏淡。若以刀割其皮下脂。則見其色綠。內多含油。且割其肌雖氣泡目不能見。而割時有聲如割肺者然。肌色先爲土紅。後變爲棕綠黑。晚期有肌內氣腫。其肌纖維被物理性之激動亦不縮。其血管盛有血團。故不流血。此二者爲較早顯出之據也。

身中毒之狀、可為診斷之要據者。如面白、吐嘔、脈速、舌乾生苔、不思飲食。此諸狀較甚於該傷所應顯者。 後則氣促、嘔吐不止。致體力耗盡。實為身重中膿毒之狀。然其人至臨終時仍省人事。有假爽快。但其衰弱非常之速、若醫士不熟悉其症。或即認為身內出血。 有時厭氣菌在血內孳生。成菌染血症。亦有他處受累。致生含氣之膿腫。或單處畧受傷。則發生氣性之蜂窩結締織炎。（如在注射藥鍼之微口、或在仰臥被壓之臀處）。

治法　預防為要。故初受傷時。莫如依上法將傷處周圍之組織全行割除。故見某傷口畧顯生氣泡之狀。切勿延誤。宜將受染之處立時除之。須以適當之刀口。將受累之皮及皮下脂組織割除。直至露出無病出血之健組織。深筋膜亦當割開。且將下面之肌組織一併除去。又割某肌時。其厚薄之數或全割除。長短之數或除其大半。以至無病之肌組織即易出血、且畧受物理性之感激則縮之肌組織為目的。受手術後雖其傷口甚大。不須縫合。可敷無菌乾紗。或浸次氯酸化物（氯下礬）溶液之紗。至後傷口變潔。幾至無菌。始施暫延縫合術。或日後縫合術。如此受手術者。難免有頗大之畸形。然其肢既得保存。後可設法彌補其缺。不然、若其肢仍歸無用。後即割斷。

若病較重。致患處無定界。或蔓延甚速者。須立將其肢截斷。但勿用壓脈帶止血。須以指壓其大脈、蓋如此、則指移去後、滲出之血較少。且其肌之抵病力仍大。而少受病累。若其骨已斷。可由斷處割去其肢。則手術省。並鮮有腦力脫失。割斷時。大概可備合宜之皮肉片。（片截術）。其片或當時縫合。或數日後縫合。

全身之療法　大抵與治腦力脫失者同。須取炭酸鈉（鈉炭強礬）溶液。由肛門或靜脈射入。以抵身中毒之狀。若嘔吐不止而且劇者。則由肛門射葡糖為佳。在歐戰之末年。有用血清以抵抗本症而見效者。即毒力減少。病者於手術。亦較易忍受。總之、對於此症。莫如用防衛法。即於附近戰場處。多設完備之手術室。以便將傷孔周圍之組織。及擲射物等。

立卽一併割除。

特處之子彈傷 GUNSHOT WOUNDS OF SPECIAL REGIONS

身之數部。如頭、胸、脊、及腦經血管、骨等。凡此諸處受子彈傷之治法。已詳前數章。茲僅論特處。如關節臟腑等處之子彈傷。

關節 在歐戰時。始得知滑膜抵拒病染之力頗大。昔日大關節受重傷者。其治法大抵割斷其肢而已。今之受重傷者。有多數其肢體保全。而其關節仍不失活動之作用也。茲先就膝關節之子彈傷詳論之。卽可由此推及他關節。

膝關節傷 在戰場醫院所見者可分四等。（一）擲射物穿通之傷。且傷口較潔。骨受傷否未定者。則關節內常積有滲出之滑液及血。若漲緊。須以吸器吸出。隨漲隨吸。宜用合宜夾板。且施揉捏法。及輕手使動法。以早施爲妙。若骨受損較劇者。夾板須用之較久。但其動法仍須早施。

（二）擊射物落於關節腔。或居成關節之骨端者。須早割除。但施手術時。宜盡用殺菌之諸法。與太平時割除膝關節半月板（弓服）術同。傷之鄰組織及滑膜傷口之緣。宜愼除之。外物取出。傷處可以鹽水、或由瑣 Eusol 或法拉汾液洗之。遂將滑膜口縫合。若緊而難縫。可將股骨前之滑膜割鬆牽下。以補足之。關節內勿置引流物。關節外組織之傷口。須塗必潑而縫合。或淺置引流物。逾數小時。始行移去。若無不良之狀。則早用活動法（被動與主動均可）。 外物射於骨內者。若易捫得。則其物與碎壞之骨質須全除去。空處敷必潑。其他之法如上。若外物在內較深。難於取出。或可暫留於內。因鬆骨質頗有容外物之能。大抵待急性染之險時已過而後除之。

(三)至於組織被滅較闊者。自難醫治。若僅軟組織受傷。須用物理性之除穢物法。滑膜之傷口。設法縫合滑膜之活動塊。或即爲彌補之用。不能縫合而口仍開者。若愼爲料理。可望後有活動之關節也。 若另有骨受傷甚闊。須視其至何級而定其治法。若未受重染。須將碎骨除去。以夾板護之。可望救其肢。若關節內之病狀漸退。可仍成活動之關節。若如此行之。而臏骨不能保全。務宜設法以救該骨二側之腱膜(四頭肌之腱膜)。則病者小腿可望仍能伸屈。再者股骨下端受傷。較脛骨(骬)上端者結局爲佳。而其肢得救亦易。

(四)膝關節已受重染者。須按第二十三章之法治之。若骨之損傷劇。而全身之病狀亦烈者。則宜施截斷術。

至於他關節受傷之治法。茲僅提其二理。(一)肩肘二關節須設法恢復其活動之能。此關節雖有生膿之患。亦可早施割除術也。(二)不論關節受何種傷。有時雖用良法醫治。亦難免變硬之弊。故當施治時。須注意其肢伸屈之形式。以免變硬後愈不適用。如膝關節僅微彎。肘關節則彎成稍銳之角。

腹部之子彈傷　今只論其大畧。歐戰前醫界多謂腹部有槍彈穿之者。大抵不施手術亦可。故戰事之初。多有如此說而行者。惟死數頗多。今已知此說不合。大抵此附患。無論戰時與平時。均須施手術也。且以早治爲愈。故須附近戰場設立分醫院。以便即時行手術。有名醫言施手術在傷後十二小時內。獲益甚大。在十二小時至二十四小時內亦宜。過此、雖病者仍生存。大抵皆不必施手術矣。

子彈之入口。或不在腹部。如背、臀、股、會陰等處。其子彈穿入。或出或否無定。然須審視其射來之方向等。則何器官受傷約可知之。且須以X光線察之。再者、不可以外傷形勢之大小。判定內器官受傷之輕重。因有外傷甚小者。(如爲小式子彈或炸彈之小塊、飛射甚速所致之傷)、然擊射物或傷害重要器官也。亦有腹壁受傷未至穿通者。然其腸因之而

破。腸內若糞與氣已漲滿。則更易致破焉。

腹受傷之危險。由三要因所致。即腦力脫失、出血、細菌之染是也。 論腦力脫失有屬靈心者。有屬腦經者。有因體露受寒者。至晚期時。亦有因中毒所致者。 論出血。多少不同。若大血管受傷。或肝脾受傷。則或至危命。 論受細菌之染。其染質或爲擊射物所引入。或由腸而來。

受此等傷者。在分醫院。其情況不同。有腦力脫失甚重者。須遲數小時。待補足其力。始可施手術。然其力或終難補足也。有形色好而脈速者。亦有全身之狀重而脈遲者。腹壁大半僵而痛。動亦少。叩之有暗響。面瘦。嘔吐。 腹內施手術與否。大約可以脈之形勢及遲速而定。若脈搏每分鐘恒一百二十餘次。則施手術不佳。然立施手術。勝於俟其重狀顯現者。據富有經驗之醫士言。不宜剖腹者蓋有四等。(一)身體太弱者。(二)子彈傷及腹上部或肝處。而無重出血之狀者。(三)腹胸左側之傷。即子彈由背之中線。斜穿至左腋下者。尤爲不可。(四)受傷二十四句鐘以後者。 至於淺組織之傷口。須以普通之治法治之。

施手術之總理 須以氯化氰與氯或暖醚氣迷蒙之。傷路之組織。須慎爲割除。(不然、則病者或發生氣性脫疽病而死) 有時能將傷路割長。藉以剖腹而檢查之。否則縫合傷口。另在腹白線。或腹直肌平行線。或肋骨總緣之平線。或腰部。以施割口。但口須微大。橫列之口或便於露出腹內傷處之血塊。及腸內所出之物。須拭淨。後須將各器官一一檢查。按其情況而治之。腸傷微穿者。尤非仔細檢查。不能尋見。器官之傷按法治之。腹膜宜拭擦。勿灌洗。至引流料。以不用爲佳。然腸內之物已漏出者。則骨盆內可置玻璃管。若疑縫腸之處不甚妥適。或至於漏。則塞小紗一塊。以收其毒爲妙。縫腹壁之傷口。以速爲妙。病較重者。不能重重縫合。須作一層全穿縫之。可惜此等傷生膿者不少。故傷處多變弱。易成

赫尼亞(疝)。雖然如此而腹壁堅固。獲痊愈者甚多。受手術後。腦力脫失者。須以鹽水及葡糖。注射於直腸(肛)內。若腹膨漲。須以松節油調和之溶液洗直腸。或注射垂體(蝶鞍柵)精一西西 Pituitrin 1 cc. 於肌內。以激腸之蠕動。

實體器官之傷 Wounds of solid viscera **肝傷** 常與他器官同受傷。如胃、結腸(胴)、腎。然胸膜腔受累者亦不少。有多數手術。非因肝受傷而施。乃因他器官受傷而施之。肝受傷之形勢不一。有極整齊者。有甚破碎者。肝之組織。易於破碎。故傷口四圍或有震裂之狀。若僅肝受傷。而無出血之狀。則不宜施手術。若以為其出血。則即時剖腹。肝之傷處。宜以鈍針縫之。如不能、則以紗包薄橡皮一層塞之。若傷處非係大血管。此法即可止其出血。後置引流料為佳。將滲出之血與膽汁引出。傷內之擊射物。即炸彈之碎塊等。若不過深。須取出之。因當時雖無急狀。然以後即易為成膿腫之根。

脾傷 凡腹受傷者。脾傷居百分之六。常與他器官同受傷。即左腎、結腸、脾曲、胸膜腔。間有因肋骨折傷及脾者。胃與脾兼受傷者鮮。脾之扯傷。輕重不一。其狀多因出血而然。脾受傷而自愈者不少。常有治他器官之傷。施手術時。始知脾亦受累者。治脾傷之刀口。當在左肋總緣之平線。視傷處之輕重。或須縫合。或須塞紗。或將脾全割除之。

腎傷 腹傷者。腎居百分之十四。亦兼與他器官受傷。如脾、肝、結腸。有傷較輕者。如單純穿傷。亦有甚重者。即全被擊碎。腦力常不甚衰弱。然或有出血。致成圍腎之血袋者。尿之含血亦不少。若非腎盂(腎總卮)或輸尿管(腎胱管)受傷。則尿滲出者甚少。日後出血者為多。若擊射物未取出、尤易出血。　腎受傷、或無須用特別治法。惟腰處積血者、須依術剖驗。然動其血圍時。恐仍出血。　腎破傷者。或可縫合。或割除一部分或全體。若疑腎已受傷。可於腹白線剖驗而定之。若果受傷。則在腰後另割刀口治之。

空器官之傷 Wounds of hollow viscera **胃傷** 與胸、肝、小腸、結腸等、同受傷與否無定。其傷輕重不一。因擊射物

之方向形式不同也。如小傷。多係小式子彈、前後穿通者。亦有扯破。或成爛質者。多因炸彈等碎塊所致。有時子彈拂胃壁外而過。致有長線之傷。有時傷胃之大彎或小彎。致有V字形之口。 病狀、每多出血。甚或致命。亦有日後出血者。如至第六日。此因胃某處之痏傷潰爛也。嘔吐亦屬多見。且爲早顯之狀。若他處受傷。嘔吐則不如此之早。若傷者不因腦力脫失及出血之危險而死。大約腹膜炎之狀必隨之而顯。 大半須施手術。然胃之賁門部受傷者則不必用之。因難著手且多能自痊也。刀口須與腹白線(紋)平行。將胃傷處露出縫合。不必割除其傷處之邊。僅將粘膜內翻而已。傷處附近胃幽門者。可縫合之。倘恐幽門變窄。若病者身不太弱。則立施腸胃接通術爲佳。(察驗胃傷自宜察其前後二壁)。

小腸之傷 受子彈傷。較腹內他器官尤易。且其附近他器官受傷與否無定。傷輕者、如小穿傷。重者、卽腸之數曲全被滅沒。腸內之物、漏出不甚多。大半因受傷後、其蠕動受阻。又因粘膜從傷口凸出之故。若腸系(懸)膜之大血管受傷。則多流血。或至危命。至於十二指腸(小腸上段)受傷。則死數較多。一因附近之要件受累。一因腹膜後部出血。腦力易於脫失。或有蜂窩結締織(絨連網)炎。則身體易受毒染。 空腸、廻腸(小腸中下二段)因有多曲密排。故其傷常爲多處。曾見有子彈一枚。穿傷之孔多至二十者。有時槍子射於腸內。後卽隨糞遺出。

治法。 須於腹白線或腹白線之平行線。割一長口以剖腹。有顯然出血者。須制止之。拭淨腹膜。遂詳察腸之各段。所有之小傷口。則須縫合。惟傷處較大。或數小傷口聚集一處者。宜將此段割除。後可施腸旁或腸端接通術。(在戰時視腸端術約較腸旁術稍佳。)

結腸傷 他器官兼受累者頗多。髖(髂)骨同受傷者亦不少。結腸旣較寬。故穿傷或扯傷比全斷者尤多。常有結腸內之物漏至腹膜腔或腹膜後者。腹膜受染所滲之炎質。多聚於單處。後或成糞漏。然發普遍性腹膜炎者亦不少。當受

傷時結腸內滿糞者、每至如此。腹膜後受傷者、則有血流入蜂窩結締織、雖血出不多、然腦力衰弱之狀更顯、若日後患腹膜後蜂窩結締織炎、則顯血中毒之劇狀、或致急性菌染血症。其傷由身後來者則易如此。

治法　受傷一日後診治、大抵只須將外傷潔淨、並於腸及腸之鄰處置引流物而已。若於傷後二十四句鐘以內診治。或須施大手術。如結腸之傷口可縫合之。並在傷處或傷處以上施結腸成口術爲妙。若結腸內空而無糞。則希望較佳。或可完全縫合。而不須施結腸成口術。若結腸曲受傷。縫合較難。故於縫處之上覆以網膜(膫)而補之。且在傷之上段施成口術以洩其糞。免致縫處漲裂。腹壁之傷口與附近腹膜處。大抵置引流物爲妙。

直腸(肛)傷　有屬腹膜外者。有屬腹膜內者。腹膜內者約可縫合。但另施結腸成口術。免糞由直腸而下爲佳。有時可縫合骨盆底之腹膜。以蔽直腸之縫口。腹膜外者。大抵只能開大傷口。使糞易出。但另施結腸成口術爲佳。若見有蜂窩結締織炎。則尤當施此術也。

膀胱傷　亦分腹膜外腹膜內二種。又兼有鄰器官受損。或骨盆折斷者亦不少。其擊射物或落於膀胱內。腹膜內者。其狀即尿含血。腹膜腔有流動之液。並發炎。腹膜外者。附近恥骨(骱)、及外生殖器、與盆內蜂窩結締織、約有血尿滲入。(尿或亦含血)。

治法　腹膜內者須剖腹。分膀胱壁爲二層。須一一縫合。盆內須置引流物。此後宜常用導尿筒放尿。免膀胱漲滿。(此法勝於將導尿筒留於尿道(尿脘)。因留導尿筒。尿道難免發炎。或膀胱受複性之染。)腹膜外者。難施縫合術。大抵宜將傷路之組織割除。病者之尿可爲洗傷之用。(尿多爲無細菌之液甚便於用)。此等傷、若尿之出路無阻。而無碎骨在內。則多變潔而易痊愈。大抵不必施恥骨上割膀胱術。與置引流管。然膀胱若有重膿性炎。且尿等難由傷路而出。或宜用之。

附錄第二　新發明之外科手術及器具等

新消毒品（防腐藥） NEW ANTISEPTICS

晚近有數種藥品。自漂白粉或氯化鈣（錯氯鹽）製出。用以治療受染之外傷。頗收佳效。茲將其要者列舉如下。

由頊 Eusol 係硼酸與漂白粉在水內交感所成。製法、將漂白粉十二・五克。加水一立 Liter 調攪震盪後。再加硼酸散十二・五克。復妥為震盪。靜置六至十二小時。浮面之清液。以虹吸法 Syphoning 吸出。過濾。該液即謂之由頊。每百分約含次氯酸 Hypochlorous Acid 五分。倘置暗涼之處。其消毒之力能保持三四星期之久。惟遇熱。則其力速失。故必用涼者。可以洗不潔之傷口。或漬紗布填塞傷處。抑或用以代迭金氏溶液 Dakin's Sol. 於卡勒耳氏 (Carrel 治法。然因其性甚鹼。有阻組織之復長。故經數日至傷潔淨。即易他藥為妙。 由怕 Eupad 係硼酸與漂白粉各半合成之一種藥散。有用以填塞傷處。以冀其遇體液即放出次氯酸以滅毒者。將由怕二十五克。震盪於一立水內。靜置數小時。濾過。即得由頊。

迭金氏溶液 Dakin's solution 無苛性 Non-caustic 每百分含次氯酸鈉 Sodium Hypochlorite ○・四五至○・五分為標準溶液。含之過少者。則效力不足。過多者。則有惹性。然因氯化鈣含氯之多寡無定。則是以配製須精細審慎。製就後。當驗其內容是否合格為要。若得含氯百分之二十五之氯化鈣。其配製之式如下。

氯化鈣 Calcium Chloride（含氯百分之廿五）　一八四克

炭酸鈉 Dried Sod. Carbonate 九二克

重炭酸鈉 Sod. Bicarbonate 七六克

（或晶形炭酸鈉　二六四克）

製法、以一能盛十二立之甲瓶。貯氯化鈣。消以冷水五立。震盪之。靜置六至十二小時之久。復以乙瓶貯炭酸鈉。亦消以冷水五立。後緩緩傾於甲瓶中。調攪震盪。置半小時。乃用虹吸法將浮面之清液吸出。濾之。即得迭金氏溶液。宜置暗涼之處。免其速於化分。故宜常備新鮮者。接濟之用。以洗滌傷口。或漬紗布敷貼傷處。其大用尤在潔治受染之傷口於卡勒迭金氏治法。

哥羅拉民替 Chloramine-T 係一種安定之氯酸化合物、Stable hypochlorite compound 有上述諸溶液之效用。尋常溫度易溶解於水。為傷口用者係其百分之二之溶液。亦可與油調和成百分之十。作抹膏藥用。抑或用百分之五者浸潤紗布。其溶液不惟可作洗滌傷口。亦可用以潤紗布敷創傷。及灌洗口鼻咽喉或陰道之用。

待哥羅拉民替 Dichloramine-T 其抗毒力視上藥尤佳。但不甚安定。最妙不加熱度溶解於含氯之猶加列杳 Chlorinated Eucalyptol 內。1 grm. in 10 c.c. 既融化。復加含氯之怕拉芬 Chlorinated paraffin 十西西（10 c.c.）腐壞之傷及凹穴可用此藥噴之。或用紗條浸藥內填塞之。溶液效力存在。不能過三日之久。於鼻道口頰等處。奏效極佳。

有種種安尼林染料 Aniline dyes 之產生物。久知其消毒之用。近經試驗。益知其效之卓著。

煌綠 Brilliant green 有滅菌之功。然遇血清則漸失其力。故於傷處須頻為更換。其千分之一之溶液。無害於組織。亦

不阻白血球噬異物及組織生肉芽二者之作用。於卡勒耳氏治法中。可用以替代迨金氏溶液。或用紗條浸漬之以塡塞傷處。凡組織之血管少或血循環不周者。易受其染色。其血養足者。則不被染。法拉汾 Flavine 係此類化合物中之最明著者。分二種。一爲原始之 Acriflavine 。一爲 Proflavine 。二者之形狀及消毒作用。皆相伯仲。在千分之一之溶液內。可浸漬紗布塡塞傷處。然有礙肉芽之生長。故逾數日傷口淸潔。卽易以他藥。

必潑 B.I.P.P. 製法、卽炭酸鉍（鉍炭強礬）Bismuth Carbonate 一分。倭朶芳 Iodoform 二分。加提淸之流煤蠟 Liquid paraffin 足成半流體。各藥須先滅菌。倭朶仿浸於石炭酸（卡波利酸）二十之一之溶液。鉍質與流煤蠟。各須經過一百二十度之乾熱。歷半小時。始可調和。用法、傷口須張開。以物理方法。令傷內潔淨。如刀剪制除。利匙刮術。紗布擦抹等術。遂宜全行止血。後以酒精或醚（伊打）揩乾。將必潑用紗拭之至傷口。蓋有極薄之層。故雖大傷。用藥只一錢耳。若傷口無血滲出。而情況合宜。則或能全行縫合。否則過三至五日。須以鹽水洗淨。而後復拭以必潑。以望施後日之縫合術。

卡迨二氏之治法 (Carrel-Dakin treatment) 此藥之功用。乃爲滅傷內細菌。亦不害白血球。且不阻組織復長之功。其用法、（第四百九十圖）於傷內各處。須置多數小橡皮管。各管相間以紗。免其移動。各管之遠端。預先縛緊。管旁有多小孔。管之近端。與他管相連。以接大管。大管向上。接於其底有嘴之瓶、（或筒）。總管有一壓具節制液之多少。卽有大氏之液。由瓶漸潤傷口。若無瓶筒。可以擠筒將藥二三兩。每二小時一次。漸漸射入亦可。傷口周圍之皮。可敷花士玲。上蓋潔淨之敷傷料。牀榻之上。須鋪油布等件。以接流出之水。而免汚被褥。傷之膿等。須常察其細菌之多少。於玻片上抹一薄層。以顏料染之。而察其細菌之多少。且計顯微鏡之一次所見有細菌若干。宜二三日一次。初查之。其菌無數。至十

日或十五日。察驗數田。或只見一菌。如此者。其傷即屬潔淨。亦可以線縫合。(此名曰後縫合術)再者、如此治法、病者不

第四百九十圖

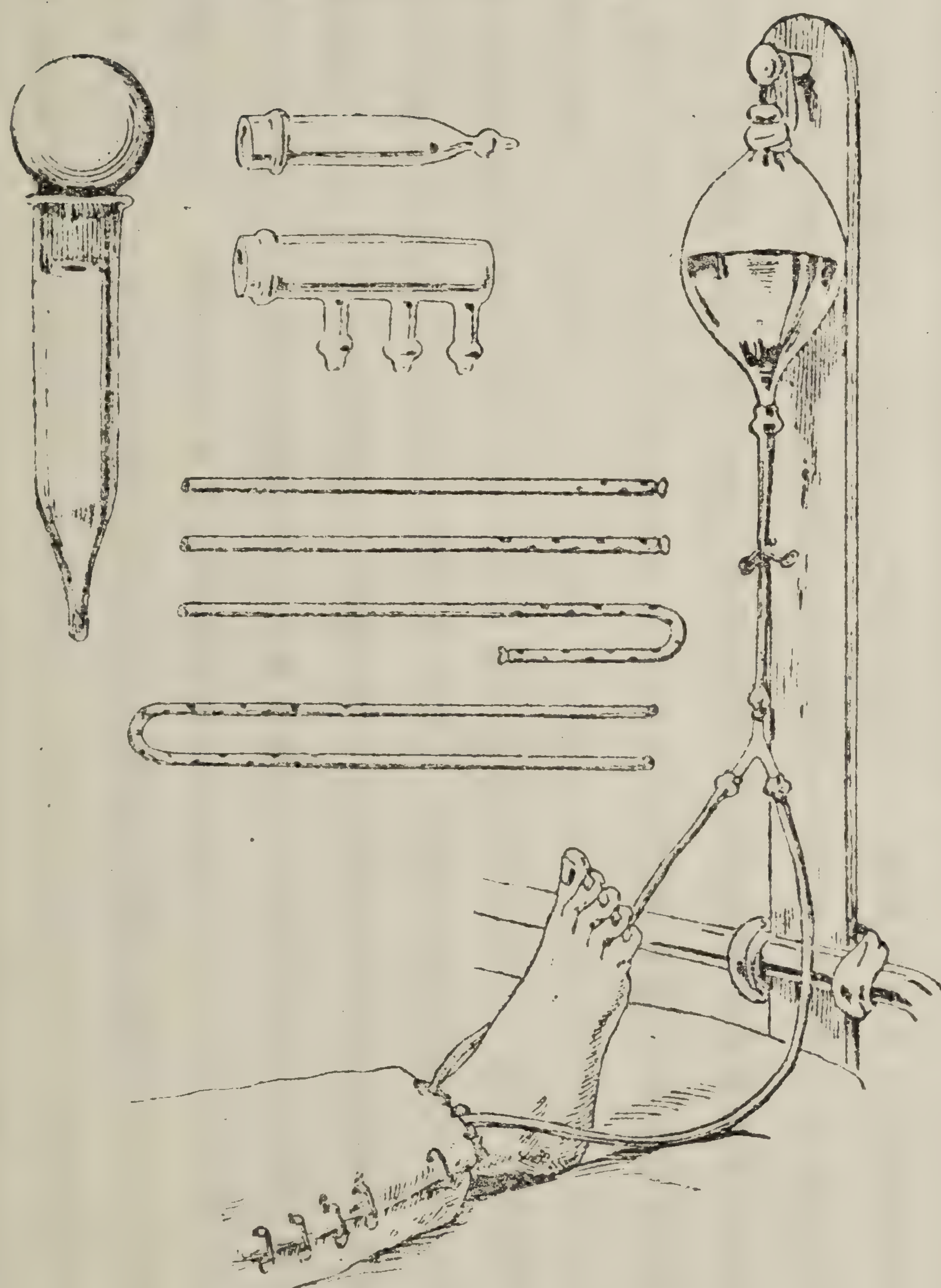


FIG. 490 CARREL-DAKIN APPARATUS
To the right is seen a flask, from which descends a tube controlled by a clip. The tube below divides into two main branches which pass beneath the dressings to the wound. In the centre above are seen glass connections to join the main branch-tubes with the fine distributing-tubes depicted below. These have their distal ends tied and fine lateral perforations. In the left top corner is a syringe with rubber stopper and ball for use if no flask is available.

圖中右爲底有嘴之瓶。(若無此瓶。可以左側之擠筒代之。)其下有總管、並壓具。總管分爲二細管通至傷內。中有橡皮管數枚。(管旁有多數小孔。以便將藥液分滴傷內。)其上有玻璃節將細橡皮管連於總管。

發熱。亦無中毒狀。疼痛亦輕。其深組織。少有反應性之損害。復長之功速而少有變形。故鮮有醜陋。而功效亦較佳。繼性

之手術(如腦經縫合術)亦可早施之。

血之分屬及輸移法 BLOOD-GROUPING AND TRANSFUSION

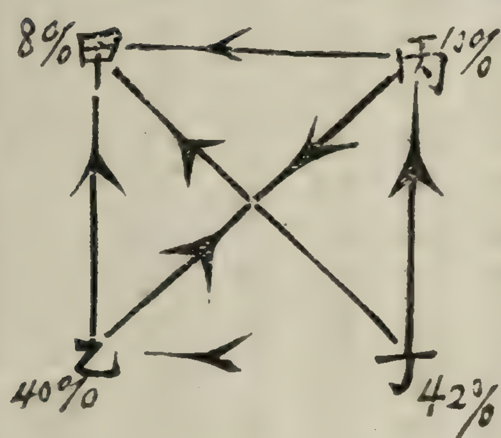
此法昔時常用。然因結局多爲不佳。故廢棄不用。而代以注射鹽水法。近年以來。始察知人體血質之符合性 Compatibility 各有不同。若注射以適當之血。不但無昔日之弊。且獲益甚大。此法較善於注射鹽水者。因不僅補血之體積。且供赤血球以行帶氯之功。輸血法之指用狀如下。(一)因流血多如受傷(歐戰時以此法獲救者甚多)。或外科手術後。或子宮外孕而破。或腸熱病出血等。(二)因腦力脫失。(然亦有射以膠水者)(三)因貧血病。如體中膿毒。致現重繼發性貧血。及數種脾病。惡性貧血病。易出血病。(易流血性等)。此等須頻用。方可見效。(四)因患他病應施手術而身體甚弱不能受術者。可先爲之輸血而後施手術。

未將血注射病者之先。須試其血性符合否。其不符合性有二(一)此人之赤血球遇彼人之血清則凝集 Agglutination (二)此人之赤血球。爲彼人之血清所溶 Hemolysis 其被溶者多先現凝集之式。若詳細研究人類之血液。則知約可分爲四屬。(某人之赤血球。遇同屬者之血清則不凝集。然遇他屬之血清或致凝集)如下。甲屬之血清。不能凝集甲乙丙丁四屬之血球。乙屬之血清。不能凝集乙丁二屬之血球。而能

受血者之血清	輸血者之赤血球 甲屬	乙屬	丙屬	丁屬	各屬所佔之人數
甲屬	0	0	0	0	甲屬百分之八
乙屬	×	0	×	0	乙屬百分之四十
丙屬	×	×	0	0	丙屬百分之十
丁屬	×	×	×	0	丁屬百分之四十二

凝集甲丙二屬者，丙屬之血清，不能凝集丙丁二屬之血球，而能凝集甲乙二屬者，丁屬僅不能凝集本屬之血球，而能凝集甲乙丙三屬者。統計一百西人中甲屬居八。乙屬者四十，丙屬者十。丁屬者四十二。(見表)在滬上曾有人查中華一百人之血。則見歸甲屬者十一。乙屬者三十六。丙屬者二十五。丁屬者二十八。可知丙丁二屬較西人迥殊。然其迥殊者。乃屬於百分率。而於其各屬之符合性則無關係。故爲中西之人若係同屬。則其二者之血無不符合者。然今不過僅就滬上一方面檢查百人。不足概論各省。若於各省檢至萬人之多。作一統計。方可視爲準確也。

自右表觀之。甲屬者祇能輸血至本屬。然無論受何屬者之血均無妨礙。故甲屬名爲普通受血者 (Universal recipient 而丁屬可稱爲普通輸血者 (Universal donor 因其血注射於任何屬者皆無凝血之弊。然丁屬受本屬之血。乙屬可輸血至甲乙二屬。丙屬可輸血至甲丙二屬。其輸血者之血漿與受血者之血球並無關係。因其血球仍受本血漿之保護也。且輸血者之血漿。被受血者之血漿稀釋爲最淡。



血各分屬互相凝集之式有一理論可以講解之。其說乃血清內之凝集素。有子丑二類。甲屬者之血清。則無凝集素。乙屬之血清。有子類之凝集素而無丑類者。丙屬之血清。有丑類之凝集素而無子類者。丁屬之血清。兼有子丑二類之凝集素。

其凝集之理。可以圖表明之。觀其矢狀趨往之方向。卽可知由某屬所來之血清。可凝集何屬之赤血球。然此無害於受血者。因其赤血球被本血清所保護。故若有矢狀由輸血者之屬向受血者之屬。卽無害。反此者則有害。乙丙二屬不能互換者。因其有相敵之性。

甲屬者無論何人皆可向之輸血。故其所受之輸血人數爲百分。乙屬者可受同屬及丁屬

二者之血。共有百分之八十二。丙屬可受同屬及丁屬二者之血。共有百分之五十二。丁屬僅能受同屬之血。爲百分之四十二。

試血屬之方法

取乙丙二屬之血清。貯於已滅菌之瓶內。加哥羅芳百分之一。保持長久以便應用。欲鑑定某人歸何血屬時。取一潔淨之玻片。將乙屬者之血清滴於玻片之此端。將丙屬之一滴滴於彼端。遂以欲試者之血。於已滴乙丙二屬血清處各滴一滴而調和之。察視其有無凝集之情形。（如有則一至五分鐘內即可顯現。若待至二十分鐘而仍不現者。即可知其有符合性。然須與赤血球貼連成爲緡錢形者辨別之。）若二端皆現凝集之狀。即可知其人爲甲屬。若乙屬血清凝集之。而丙屬弗凝集之。則知爲丙屬。若遇丙屬血清而凝集。然於乙屬弗凝集。此爲乙屬。若二端俱不凝集之。則爲丁屬。

再者若已有一人鑒定爲乙屬者。則可以此人之血清與赤血球檢定他人之血屬。即如某人之赤血球遇乙屬血清則凝集。而其血清不能凝集乙屬赤血球。則其人爲甲屬。若某人之赤血球遇乙屬血清而不凝集。且其血清亦不能凝集乙屬赤血球。則其人亦爲乙屬。若某人之赤血球遇乙屬血清則凝集。而其血清亦能凝集乙屬赤血球。可知此人爲丙屬。若某人之赤血球遇乙屬血清不凝集。然其血清能凝集乙屬赤血球。則其人爲丁屬。此理亦可推及丙屬之赤血球與血清。以檢定諸屬之血。

至赤血球有否溶化。則不必另用他法試驗。因若無凝集之式。即不得有溶化之狀。（若欲將輸血者之赤血球與受血者之血清相合試驗之。即用含白分之一・五之枸櫞酸鈉 Sod. Citras 及百分之・九之氯化鈉 Sod. Chlorid. 溶液與之調和。則其血不與凝集。然無妨礙赤血球之凝集。）

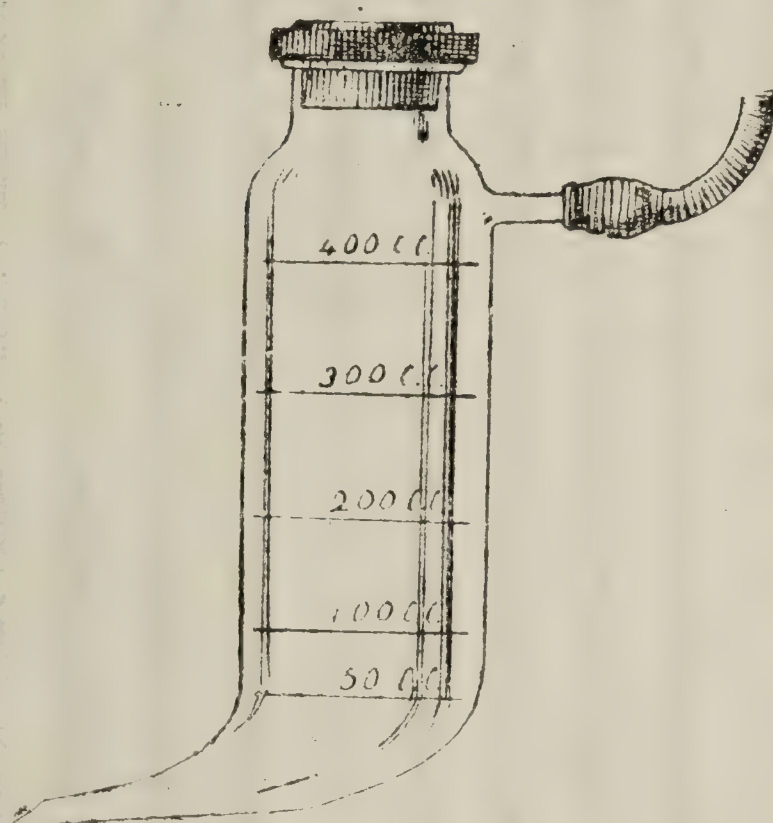
若無備妥之乙丙等屬血清。以定輸血及受血二者之血屬。則須將病者之血清。與輸血者之血球。直接試之。取病者之血一西西。(於耳或指放出)待十五分鐘。卽有若干血清。將其一滴置玻片上。加輸血者之血一滴與之調和。與上同。若無凝集之狀。卽爲符合。乃可用其血注射病者。輸血者、自然當選用健壯無病之人。(卽無乏色曼氏 Wassermann 反應者)至於大醫院輸血法旣屬常用。尤當預選合宜之人。試其血屬。以備臨時之用。丁屬者之血。任何屬之病人皆可接受。故用丁屬之人爲輸血者最宜。凡未經鑑定血屬者。概不得用其血注射病人。

輸血方法

約有二種。

(一)直接法　將輸血者某動脈之近端。用一特管通連於病者某靜脈之近端。(以二人之前臂爲合宜)其管有二引筒。便於插入靜脈與動脈。筒以橡皮管接之。皆宜完全潔淨。並內襯以煤蠟一層。(見下文)以免血凝結。此法之缺點有二。卽輸血者及病者皆受稍重之手術。並輸血之多寡難以斷定。故不甚用之。

第四百九十一圖



金吞氏筒

FIG. 491 KIMPTON'S TUBE

(二)間接法　卽將血放入相當之瓶或筒內、而轉注射於病者。其法有三、

(甲)用金吞氏筒 Kimpton's tube (第四百九十一圖)乃一特製之玻璃筒。約容四百西西。寬二三寸、下端斜向一側成

一尖角形之嘴。上端寬口塞有橡皮栓。筒肩接一小管。以備增減筒內之氣壓。用時須完全潔淨。並於筒內襯煤蠟一層。法將蠟數兩加熱融化。同時並熱其筒由下嘴將蠟吸入。微微擺動其筒。蠟則散佈而成均勻滑澤之層矣。輸血者之臂縛一壓靜脈帶使靜脈盈血。於是割一口露出靜脈。縛其近端。而於遠端割口。接受筒之下嘴。使血湧入筒內。大抵三四分鐘可取四百西西。取足將筒移開。以淨指閉其下嘴。並將靜脈縛妥。同時另一醫士預備受血者前臂之靜脈。縛其遠端。而於近端割一口接受金吞氏筒之下嘴。使血注入靜脈。或以擠筒由筒肩之管將氣注入筒內。俾血易於流出。血注盡後。即宜以常法縛其靜脈。筒既用畢。則以鹽水洗之。以除血塊。並用肥皂熱水以刷除去筒內之蠟層。若遺蠟少許。可用哥羅芳溶解。而以醇與醚洗之後將栓塞妥。裹以潔淨之布。置於殺菌器 Autoclave 內待用。亦有不割刀口僅以空針插入靜脈者。(與乙色曼氏取血法同。)

(乙)用擠筒乃以大玻璃擠筒一或二枚。內襯蠟一層。其下口接以橡皮管及空針。以便吸血或注血。

(丙)用抗血凝結之藥品。即將血與抗凝結藥 Anticoagulants 調和而注射於受血者之靜脈內。如將含百分之三・八枸橼酸鈉溶液(鈉檸酸) Sol. Citras 一百六十西西。(亦有用較淡者。如百分之二之百西西。) 貯於適當之玻璃瓶內。用空針取輸血者之血五百至六百西西而混和之。則不凝結。以之注射病者靜脈。其效果亦常佳。然以新鮮未變之正常血則效尤佳。用枸橼酸鈉之血注射後。約半小時病者或發寒戰。大抵五人中有一人。若新鮮之血。則五十人中或只有一人。寒戰時溫度或升至一百零四度。然無甚關係。

美國外科醫士美俄氏 Mayo 之副醫士。使血不至凝結之法。即將枸橼酸鈉二分。溶於蒸餾水百分內。經沸。用一容五百西西之玻璃瓶。貯該溶液三十西西。即引血入內約至半瓶。復加該溶液三十西西。而後再引血注滿其瓶。 此醫

士亦用特法以定靜脈。便於射空針。其法先使靜脈盈血。繼將細縫針橫刺外皮及靜脈之淺四分之一處。針尖由皮彼側而出。其空針即在細縫針之下。易於射入。

外科之物理的療法 USE OF PHYSICAL AGENCIES IN SURGERY

用熱及光、電、銑(銳) Radium 以治外科症。已詳第三章。

姿勢及位置 POSTURE AND POSITION

外科醫士之責任。不專在除去人病。亦須設法使病處之作用復原。如有骨折者。非特使其骨接妥。並須設法以免鄰近之關節等變硬。果已變硬。宜用法以弛之。或如乳房生癌(疽)者。除割除乳房外。宜於割口將癒之際。料理其上皮之位置。以免貼連胸側。至後不易提展。　夫某肢不論何故。療時若久不動轉。難免有以下之結局。即血循環不完全。致組織之營養有缺。難以抵抗細菌。且肌日久不用。則變硬。倘有血滲於其內。則易生纖維組織(筋胭)。甚難復原 (Ischaemic contracture)　若關節日久不用。或無大關係。然若兼受壓。則其韌帶易致變硬。且滑膜變厚。或關節內有粘連之弊。致難運動。抑或恒居不便之位置。若關節外之組織業已發炎。或病者有中毒之患。則尤易致此。即骨歷久不用。每致消瘦。由此觀之。倘不得已使某肢日久不動。須愼爲擇一便當之姿勢。蓋深望該肢解釋之後。仍能運動也。最要者、須知某肌已經扯長者易令鬆弛。但已縮短之肌。則難於扯長。故某肌若有一偏向收縮之性。則於不能動時。須用特別姿勢。扯長該肌。茲分四喻如下(甲)上臂日久附近胸側。則胸大背闊(腰廣)二肌易致縮短。故欲使其臂活動。必致疼痛。倘腋處

發炎或生膿。致該肌生瘢痕組織。則此弊尤甚。如此須令上臂提起成正角形。與割除乳房後之療法無異。則解釋時臂自漸向下垂矣。若恐肩關節變硬。須令上臂成半正角之姿勢。(乙)手許久不動者。則腕指等關節易失其活動。倘手與

第四百九十二圖

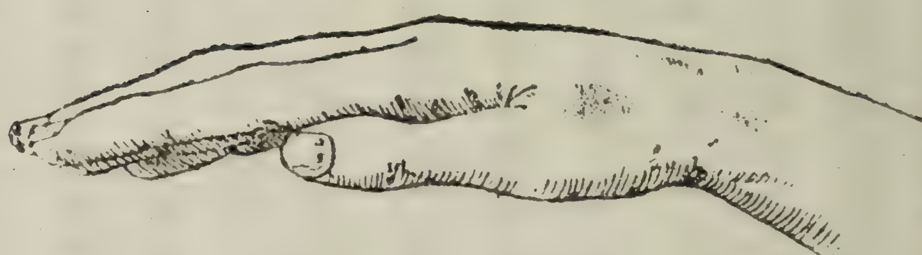


FIG. 492 HAND IN WRONG POSITION FOR PROLONGED FIXATION

此爲手不應恒久夾定之式

第四百九十三圖

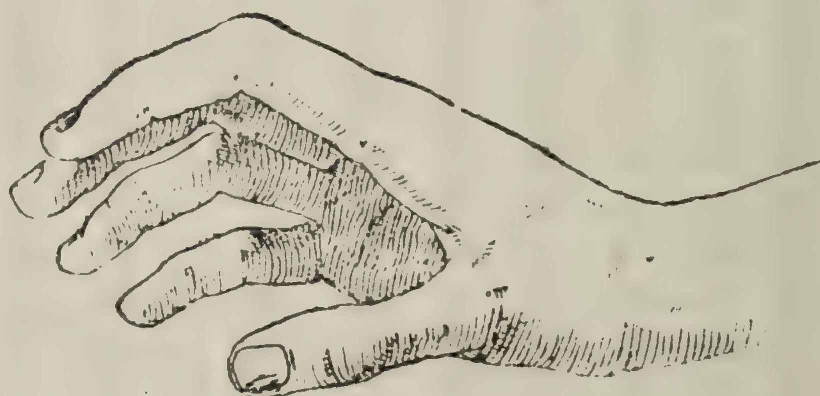


FIG. 493 HAND IN CORRECT POSITION FOR PROLONGED FIXATION

此爲手應恒久夾定之式

第四百九十四圖

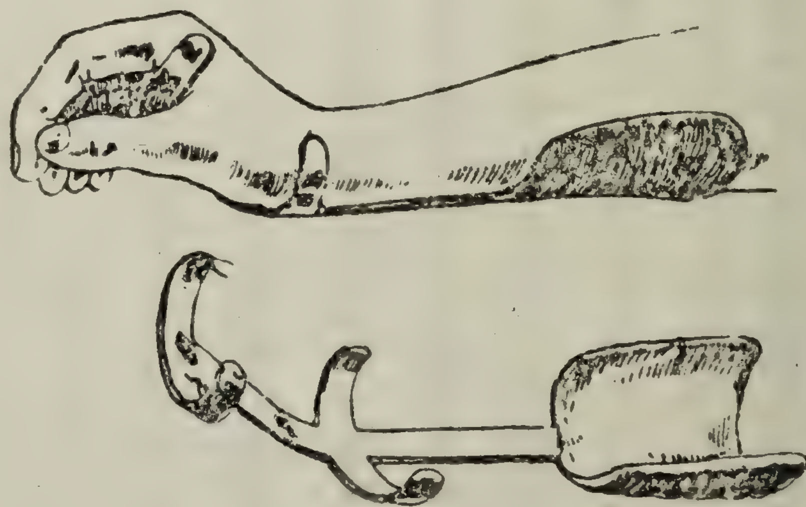


FIG. 494 "COCK-UP" SPLINT FOR HYPER-EXTENSION OF WRIST

擎起夾板

爲揚手之用

指皆伸直。(見第四百九十二圖)則掌骨間肌。必致縮短而難扯長。且其屈指肌之腱既已扯長或貼連鞘內。故應早設法將腕關節過伸。向後彎屈。(見四百九十三圖)用特擎起夾板。(Cock-up splint)以托其手。(見圖)且使拇及指略屈。

果可不縛其指則更佳。(丙)因橈尺(骶髁)二骨折斷且生膿。令前臂(下臂)許久不動須用仰手姿勢。以免仰手肌扯長。生結締組織而收縮。且免覆手肌收縮。以致日後艱於仰轉其手。若料其必失仰覆之作用。則應使手作半覆半仰之勢。即拇向上而略外也。(丁)受傷後。若恐瘢痕組織收縮。致該處有畸形。須設法節制瘢痕之收縮。即如髀處有橫形傷而生膿。倘不料理該處之肌。必生結締組織。將跟(踵)向上牽起。與馬蹄畸足無異。須將該足定方角姿勢。以免此害。總之外科士雖以妙法改正畸形。究不及預事防免爲愈也。

揉捏法亦名按摩法或推拿法 MASSAGE

此法若以妙手爲之方有效驗。此法之倡行。逐年加多。可分三大類(一)向心揉法。即用手掌往復摸擦某肢。但向心宜重向遠宜輕。以助血及淋巴之回運。且加增組織之營養功。須於皮上塗抹以油。或花士苓。或激性擦藥類。或撒以氧化鋅粉 *Zinc. Oxid.* 等。揉時初則須輕。以感皮與皮下組織。逐漸加重。以感深組織。(二)捏法。即將肌肉或他組織捏於指端與掌之間。在肌自須橫捏。尤宜自下向上。以助滲出之液質易行消散。(三)叩法。多用手掌之尺側緣。或握拳連次擊之。擊處之血循環必加速。果以妙手爲之。不致疼痛。近人發明特別機器。具有一錘形之頭。以手力或電使其頭顫叩甚速。關節及筋膜患。如風濕病性 Rheumatic 炎。並腰肌痛。及坐骨腦經痛。以暨他腦經痛者。用此法頗見功效。

揉捏法之效果　(一)輕用之則有安撫之功。如骨折斷。致肌痙攣。或不能寢睡者。施此法有效。　(二)對於組織發炎而積滲質。則用深揉捏法。可激血及淋巴之循環。若爲急性炎。自必忌用此法。以免染質布散。然至炎之末級。或慢性炎。此法甚有功效。　(三)對於組織之粘連。如出(流)血或發炎後。致肌彼此互連。或貼連於骨。或某處鎗傷後生膿。以致

各組織粘連者。對於此等。如無布散染毒之危險。用之愈早愈妙。即肌腱鞘或關節有粘連者。亦可用此法以活動之。然有必須施迷蒙藥。方能使活動者。（四）對於某傷癒合較遲者。如骨折斷。用此法頗有加增血循環及組織復生之效。（五）體內之器官。亦可用此法感激。如大便結。則循大腸揉捏之有效。（六）對於某人不得已而休息之。可用此法揉捏其軀幹及肢體。以保存身體之舒爽。如此則無努力及疲倦之弊。且某肢日久休息。亦可如此療治。

肢體之被動主動二法 ACTIVE AND PASSIVE MOVEMENT

施行揉捏之後。須用動法保存肢體之作用。初用被動法 Passive movement 爲妙。如前臂之二骨折斷。手指之各關節。可逐日被人運動。且肘腕二關節。亦可被人愼行運動。然旋前旋後（覆仰）二動。須俟半月始可被動。又如鎖骨折斷。初時手指之各關節。可自行運動。肘關節可被人運動。對於肩關節及胸鎖關節。須踰半月。始可輕爲被動。再者手足有發炎之患。雖於患處不能行被動法。而於上下之附近處。用之愈早愈妙。倘某關節業已變硬。無論因關節內抑關節外有弊所致。每難使其活動。有時外科士須用迷蒙法。將關節強手伸屈。以扯斷粘連之組織。厥後可施以適當之運動法。夫被動法須早用主動法 Active movement 代之。始能得病者之意志以助該肢之運動。然欲令肌之作用復原。須知無力之組織。初時不可過用。如三角肌當使上肢外展時。不僅動其肱骨。且將臂之重量提起。該肌如不強健。則未必能如此。須令病者仰臥。使上肢依床。則該肌或能展開其臂。下肢亦然。若無物扶托之。則四頭肌或不能舒伸小腿。若令腿側臥。則能伸之至肌漸漸獲力。始能伸之如常。倘另用電氣、並揉捏法等。亦爲甚佳。

近來有人發明數機器。能助肢體之運動。如用一滑車。貫以繩。於繩之一端繫合宜之重物。手持一端而頻頻牽之。但宜

ACTIVE AND PASSIVE MOVEMENT

愼用。且將所用之機器對於各人而酌用之。

主動之抵抗法　除機器外。亦可使有經驗之揉揑者。以抵抗其運動。使病組織之力增大。迨其力加增。則抵抗力亦可隨之而增。直至病組織(或肌或腱或靭帶)有足量之力。始可便用如前。此法對於膝關節靭帶受手術之後。甚爲有益。蓋因該靭帶於行動時。受牽扯之力甚大。故須預先用抵抗法操練之。俟有足用之力。始准病者行走。　其腦經受傷者。非但用揉揑並機器等法。最要者乃得病者之意志。以助其運動。在操練室 (Gymnasium) 行之爲妙。或謂猴類。將其腦面運動一肢之區域割除。若使之獨居一籠。則該肢日後必癱。若居大籠。與他猴雜處。常受擾動。往來奔馳而避之。則必奮起意志。以動癱肢。致癱肢漸漸因動而得力。以至復原。總之欲用其肢。則肢自漸爲其所用矣。在人大畧亦然。果能自立意志。按法運動。洵爲治療最要之一端也。玆將此法之大概畧述如下。(一)如一肌受傷。切勿專用該肌。須兼用同組之肌運動之。且覓一有趣味之運動法。譬如前臂難於旋轉。若徒令其轉一輪而運動之。則必生厭心。且該臂疲倦不堪。若備西人常用之印度棒 Indian clubs 一對。使其按法而練之。必樂爲而不覺倦。不但前臂增其活動。即上臂一併獲有裨益。(二)有時僅用一肢。仍難於運動。然二肢兼用則較易。　(三)有時可用網球、足球、抛木球等。以得趣味之運動法。　(四)病者與他人偕同運動。如賽球等項爲美。　(五)須知該癱肢初能動轉。如手始能握持物件時。則病者因遂其意志。而其知覺中樞便生樂趣。至於手。若備便於持握之橡皮。或皮氣袋。用力揑之。則覺袋因之而退讓。便生興趣而樂爲。　(六)教體操者。宜先明悉各肢之運動。且自己能行之。並當有能力勸勉或感動他人。使其有前途之希望。

唇鼻瞼修補術 REPAIR OF FACIAL DEFECTS

此等處受傷。於戰時固多。然於非戰時亦偶有之。輕者祇爲擦破。重者或將頭之前部盡行擊去。常有累及口鼻。或鼻之附近腔。或腮與下頜二腺之管。或面腦經等者。幸面腦經幹受傷。若非缺一段。則自行復原者不鮮。

夫面受傷較他處者受染約少。以其血管甚多。且肌組織較薄。故幾無生氣性之脫疽病(死肉症)。其傷口之緣。亦無須似他處者完全割除。修補此等傷。最要者乃保全唇鼻瞼之形狀。對於口鼻眼之粘膜。割除愈少愈佳。口之粘膜果能縫合須縫合之。以免口內之毒染及外傷。且於其外傷。須備以足用之引流物。對於鼻之附近腔受傷。先應設法將流體引入鼻內。始可施修補術。總之無論面之何處受傷。須俟組織變軟。而無炎性之硬結。始可修補。對於鼻頰及下唇。施修補術時。則保全其形狀及作用畧易。蓋因此三處少行移動也。在上唇及上瞼。因常行移動。故施完全之修補術則較難。

上唇修補術。　若上唇有缺塊之傷。須自口角至下頜下緣割一長方片。片之根宜寬。居於口角。移補於缺處。將缺處之緣削去其皮。遂即縫合。倘上唇亦缺粘膜。所移之片須帶有粘膜。片下緣之皮與粘膜須縫合。以作唇緣。且於去片處之口。亦須縫合。

下唇修補術。　若下唇完全被滅。須用翁貝但氏 (Ombredanne) 之法。此法自口兩角向外幾至耳屏劃一橫口。刀口之前份。須割透粘膜。及至嚼肌之前緣。後祇將皮劃開。遂自耳屏向下劃一竪口。祇劃開其皮。以免傷及面腦經。後由上向下將片翻開。割開連於下頜骨之粘膜。但片內之面動脈。宜謹慎保存。如此則二片鬆弛。便於正中縫合。片上緣之皮與粘膜須縫合。以作下唇之緣。對於去片處之口。宜將口後之皮割離深組織。以便前牽縫合。倘下唇滅絕一塊。須循鼻

唇溝割一長方片。片之根居於口角。後將片移補缺處。將缺處之緣削去其皮。遂即縫合。此去皮處之口。大概縫合匪難。

腮修補術。　若腮之凸份及腮深面之骨有缺。致有孔穿至鼻或上領竇者。須修補如下。先須設法將通鼻等之孔口塞閉。乃將鄰近之皮割成合宜之片。翻遮口上。遂由顴突(顴弓)之中點。向上割一竪口至頂骨上顳線(太陽上稜)。以露顳肌。即將此肌敷用之一份劃成片。(片根居下)轉移而彌補缺處。厥後將額或顳額之皮劃成一片。轉下覆於肌肉片上。俟六星期後。始割取肋軟骨一塊。修成合宜之式。補於缺處之皮下。以作顴突等處之隆起。

口內補皮術。　口受彈傷。致齒槽突(牙座)與唇或腮或舌等之間溝。發生瘢痕帶。阻礙唇等之移動。且假齒板置妥匪易。補法如下。將瘢痕帶在齒槽附近處割斷。直割至唇或腮或舌易於移動爲止。遂以牙醫所用之模型料。置於割處。作成該處之型式。後將模型撤出。用替耳氏最薄之皮片。深面向外。覆於模型。復將模型置於割處。用縫線等定妥。俟四至六日將模型撤出。則見割口已被上皮所遮。復成溝形。然因此溝難免縮窄。須以硬橡皮模型妥貼定齒傍。閱數星期撤出即妥。

骨接補術　又名　植骨術　BONE-GRAFTING

近來於爭戰之際。骨被折斷。並骨擊碎。致缺一塊者甚多。於是有新補骨之法發明。亦有用此法以固定某關節或固定患結核病之脊柱者。　取用之骨塊。最妙乃由本人而來。由他人或牲畜者俱較遜。　此法之效驗。乃在乎接骨塊之骨細胞離其本位後。能否滋生新骨也。惜有時其骨細胞不按規則而長。(如生骨性肌炎)有時不長。如不接之骨折。(未

連之骨折。亦有時接骨塊在手術後。漸漸化散至歸烏有。所用之接骨塊有數等如下。（一）將生活骨削去之小塊或碎屑。塞滿病骨之缺處。（或將指骨或掌骨以補其缺）固定後宜將傷口全行縫合。其碎屑骨塊生活之故。乃因血漿遍潤缺處之腔。迨新血管穿於腔內。則變成組織。如遇不接之骨折。須將兩方面之骨端。自軟組織剖開截去少許。以露出無恙之骨質。遂以鐵板固定二骨。其間用碎屑骨塊填滿。然有他法較此尤優。（二）對於顱骨或下頜骨之折斷。所需者則爲薄骨片。從脛（骭）骨之前面或髂骨取之。遂用鑿將該骨之淺層並其骨膜分離。移置缺處。（三）若需厚大

第四百九十五圖



FIG. 495 SLIDING-INLAY BONE-GRAFT AND DOUBLE CIRCULAR SAW

鑲嵌性補骨式

上爲雙鋸齒輪左爲鋸骨之式右乃長短二骨互移嵌定

之骨塊接補。可取腓骨或蹠骨或肋骨一塊。近有人發明一電氣運用之雙鋸齒輪。（第四百九十五圖）多於脛骨用之。可將骨之前面垂直鋸。成數寸長之闊窄平均骨塊。後用鑿將該骨之兩端鑿斷。以便移開爲他骨而用。

施骨接補術而獲完全之結局。尚有數要端。（一）完全無細菌術。如有複雜骨折（穿皮骨折）開始時不可用此術。因難得潔淨。須於治療之若干時後。始能行之。（二）手術時須完全止血。俾其修補骨塊早與周圍之組織相連。並得血管之滋養。若該處生血腫（血瘤）則骨塊難於生活。（三）折斷之骨端須固定甚妥。若能不用釘、螺絲釘、銀線等爲

佳。因該件易阻周圍組織之復長。而釘較線尤易致此，有取本人之某骨以備作骨釘，此甚為有用。(四)手術後宜完全休息。俾本骨與接補之骨塊相合甚妥、若早運動。則相連者易於斷絕。(五)其二骨端既已連妥。即宜運動該肢。使連處生長甚固。所云組織愈用愈生長者即此理也。

茲將骨修補之式樣僅論其三。(一)鑲嵌術 Sliding inlay (第四百九十五圖) 如某長骨折斷之兩段。難於定妥。法先將骨膜與骨分離。後以鋸齒輪從折骨二段之同一方面垂直鋸出二骨塊、但宜一長一短、將長短相互移位而嵌之。於是長者即由折處貫過使之接連。大約無須用銀線或螺絲釘固定、祇將骨膜覆其原處縫合而已。(二)側補術 Lateral graft (第四百九十六圖甲)對於骨折缺一塊者。須割開折斷處。將折骨二端之軟組織割開。以露骨質。將骨削成階形。以便接受移來之骨塊。位置既妥。遂用銀線或螺絲釘固定。後將軟組織覆其上面縫合。(三)髓管栓補術 In-

第四百九十六圖

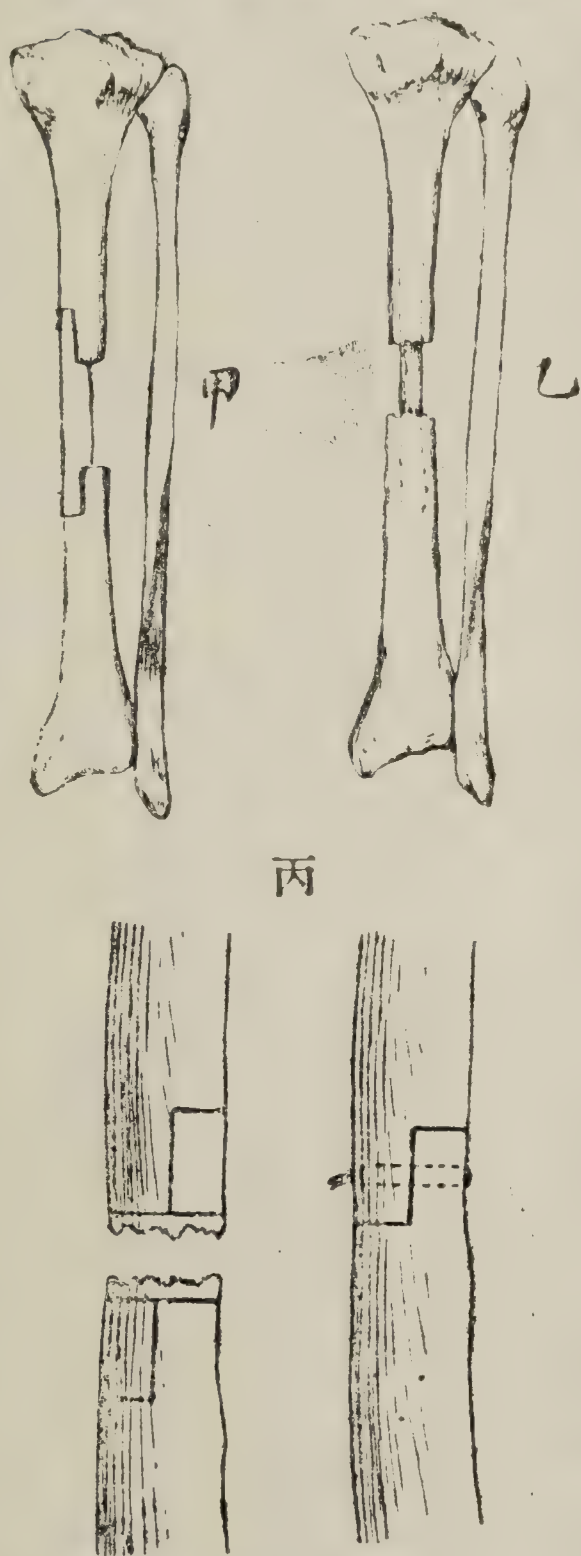


FIG. 496 甲 BONE-GRAFTING BY A "STEPPED" LATERAL GRAFT
乙 BONE-GRAFTING BY AN INTRA-MEDULLARY PLUG
丙 SIMPLE "STEPPED" AND WIRING METHOD

(甲)側補骨式
(乙)骨髓管栓補式
(丙)骨橫折修補及縫合之式

第四百九十七圖

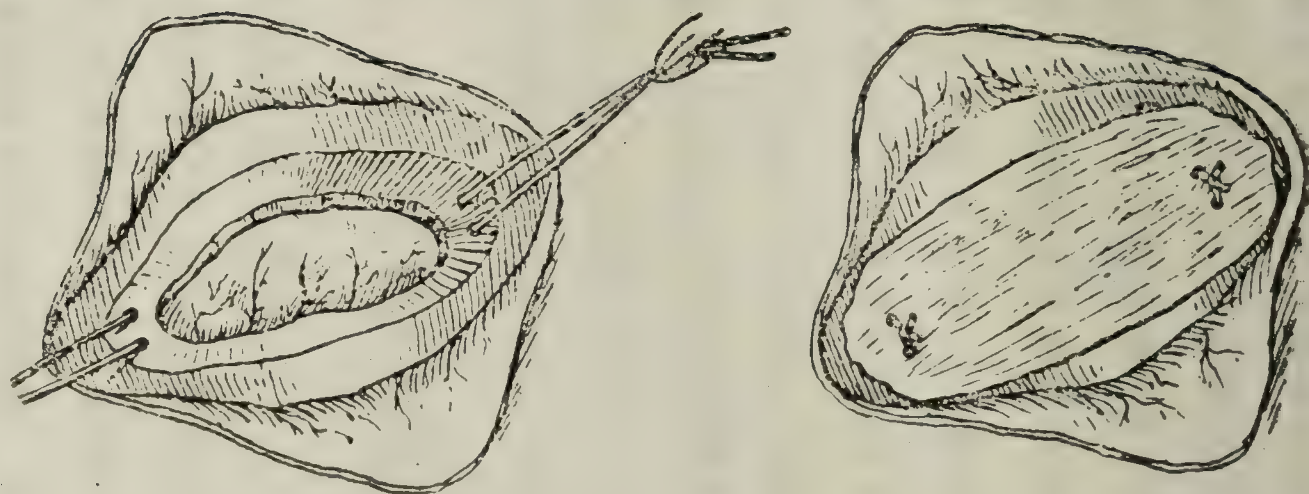


FIG. 497 CRANIOPLASTY BY FIXATION OF A BONY FLAP (INCLUDING PERIOSTEUM) FROM TIBIA OVER DEFECT IN SKULL BY TWO SUTURES

顱骨修補式

用取自脛骨之骨片補之以二縫線固定

tramedullary peg (圖乙) 法以一骨栓插入兩折骨之髓管。雖用此法、二骨相對甚正。然未免有以下之缺點。當插入時二折骨必須多動、始能接正。厥後二折骨或不甚妥。若受細菌之染。則不易將栓撤出。倘運動過早。則栓每易有折斷之虞。　另有一簡單接術。可爲骨幹橫折施用。卽將上段之此側。下段之彼側。各鋸出一適當之塊。彼此對合。以線縫妥(圖丙)

顱骨修補術　顱骨局部有缺欠之故不一。如受瘤或脈囊等之壓。此患及其治法。已詳論於六百十四頁。近數年來因屢興戰役。以致顱骨缺塊者不鮮。是以有人發明新法焉。凡欲修補缺處。須俟外傷痊合。始可施行。宜先於顱蓋割一合宜之片。便於翻開以露缺處。片之深面或有瘢痕貼定硬腦膜。須謹慎剖開。切勿損傷皮及該膜。後將硬腦膜從缺口之緣分開一糎之遠。(此非甚易因相貼密切)。分後、該膜畧行塌下。則見其下面之腦現平常之搏動。昔多用鄰骨之外層削成適合之片。而今乃由脛骨之前面(皮下面)或髂骨之外板鑿取一帶骨膜之片。形式須與缺處合宜。然須較缺處畧大。對於缺處之緣。須削露新組織。(以球形銼銼露亦可)。且於缺處之兩端先備二線。可由骨片兩端貫過而繫以結。令骨片固定(第四百九十七圖)後將刀口縫合。此法之結局甚佳。頭痛等狀

全無。並顱骨完全且堅實。猶有一法。較上畧易。即用肋軟骨削成大小適合之片。移補缺處。該軟骨片多由第七八肋軟骨取來。倘缺處甚大。須用二三軟骨條。條之厚薄須在一寸之八分之一以內。有將條插入硬腦膜與顱骨之間者。有覆於缺處之外而縫定者。總之缺處之硬腦膜。日後不致貼定顱蓋結局亦佳。腦受激惹之狀且退。然因軟骨不堅。故所補之處難免不甚固耳。

骨折之新療法 NEW TREATMENT OF FRACTURES

最近發明者。即牽引及空架夾板等法。茲可畧論至於各骨之新療法。俟後再述。

牽引法之要理 Principles of extension　此法或須久用。故必通徹其理。（一）牽引之重物、須足勝過肌之收縮及痙攣。否則骨之異形難免仍存。（如為成人股骨折斷十磅以下大抵太輕須十至二十磅）。（二）非僅宜牽下該肢一或二方面之肌。須牽引其周圍之肌。且非僅在折斷處以下扯之。其牽引力亦宜達至骨上段之肌。切勿將折處下之關節牽扯。以免損壞其韌帶。致關節以後失其作用。（三）折處上下之關節、無須固定。且無須約束過久。宜及早活動。股下段之髁。並小腿之二踝。須以紗布保護。免被貼膏粘連。（四）被牽引之股、不可附近牀褥。免牽力無效。且利司通氏等之長夾板亦須忌用。然可用短夾板、以定斷骨。免其移位。但此夾板切勿越過附近之關節。最妙乃用妥馬氏或何哲根氏等之空架夾板。（第二百四十五圖及一百九十二圖）（五）抵牽引法、亦宜設備。如牽引下肢時。須將牀尾墊高是也。（六）至於長骨之斜形折斷者。當治療時、須以X光隔幾許時照一次。始能表示斷骨之形狀。防免二骨暗然滑動。須乘接骨質未變硬之際行之。以便其滑動者易於更正。近有最便用之X光箱等。可攜至各病者之牀側施用。

第四百九十八圖

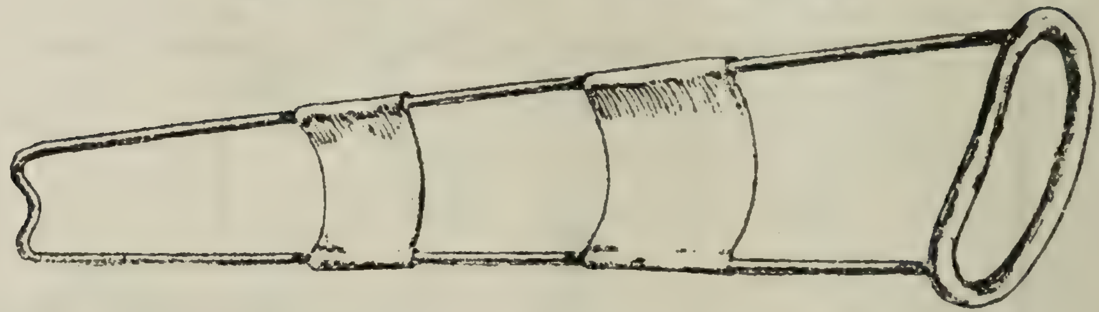


FIG. 498 THOMAS'S SPLINT AS EMPLOYED FOR FRACTURE OF THE LEG

安馬氏空架夾板

治小腿折

若以上之法、均無效果。而其二段之骨仍未對正。或未堅定。則須以手術繼之。（七）再者、非僅宜使骨接硬。且須令骨兩段接對適正。此於該肢之作用大有關係。曾有查驗一千七百三十六骨折而相接適正者。其中有良好作用者一千五百七十六。（百分之九十。）然有相接不適正者一千二百七十九人。其中有良好作用者、只三百八十（百分之二十九。）

空架夾板 對於久用牽引法者。此夾板甚美。其架之一端連以粗而有墊之斜環。（第四百九十八圖）折肢可由此環通過。環則倚於胸壁並腋處。（在下肢則倚於坐骨結節。）環之位置須隔若干時一遷徙。免皮某處受壓過久。致成潰瘍。環之兩側各連一直鐵條。二條之間橫連數絨布帶。以作淺槽容受折肢。其下端則以橫鐵條相連。橫鐵條繫以小滑車。距足底或指尖之下二三寸。遂用貼膏等粘連該肢。且繫一繩。由滑車經過。連以重物。則空架必壓近軀幹。（在下肢者牀尾或宜墊起以抗其牽引力。）倘折處之骨偏向一側。可用布帶作環牽向對側。以扣鐵扣定。或該骨向前。可以布帶由二直鐵條橫過而壓之。若向後。則以布帶托之。或可另用短夾板以扶其折處。

各骨之新療法 鎖骨（髃）幹折。 最要乃設法免肩頭牽向前內。曩昔多用布帶等將肩頭牽之向後。而今代以薄夾板。置於二肩胛骨後。兩端繫以布帶。由腋處經過。將肩頭牽後。另用托肘之法。與昔無異。

FRACTURE OF HUMERUS

第四百九十九圖

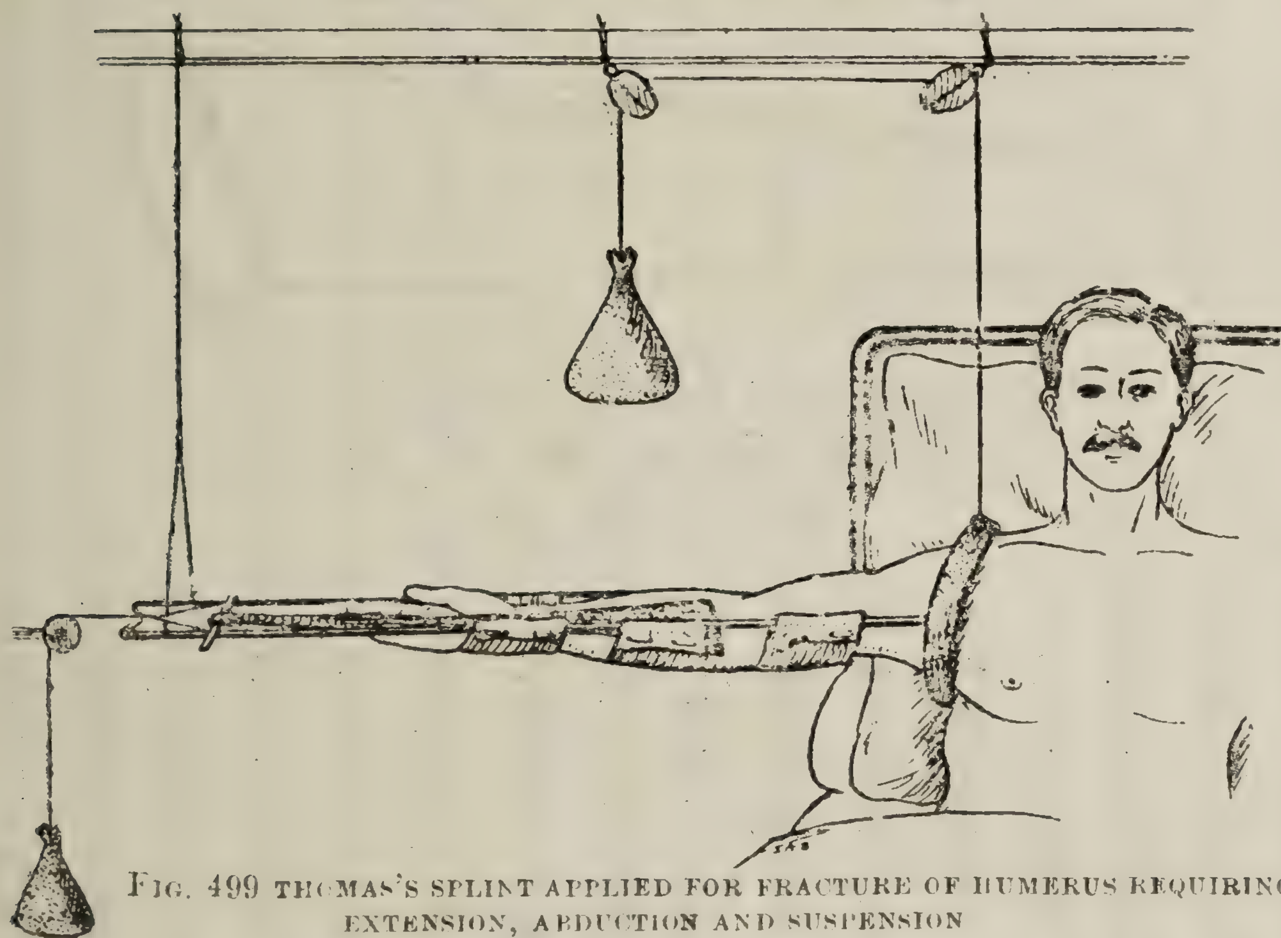


Fig. 499 THOMAS'S SPLINT APPLIED FOR FRACTURE OF HUMERUS REQUIRING EXTENSION, ABDUCTION AND SUSPENSION

妥馬氏夾板爲肱骨折須用牽引後旋懸肢三法所備者圖中夾板横布只有三條未至完備繞臂之布帶及小夾板未及畫出

肱骨幹折。若爲斜折或碎折。致須久用牽引法。則妥馬氏夾板甚當。第四百九十九圖）其環倚於胸壁。須令前臂後旋。（仰）折肢自居絨布槽內。另用短夾板亦可。牽引法亦如上用滑車施行。若肘關節不能伸直而成正角。猶須牽引

第五百圖

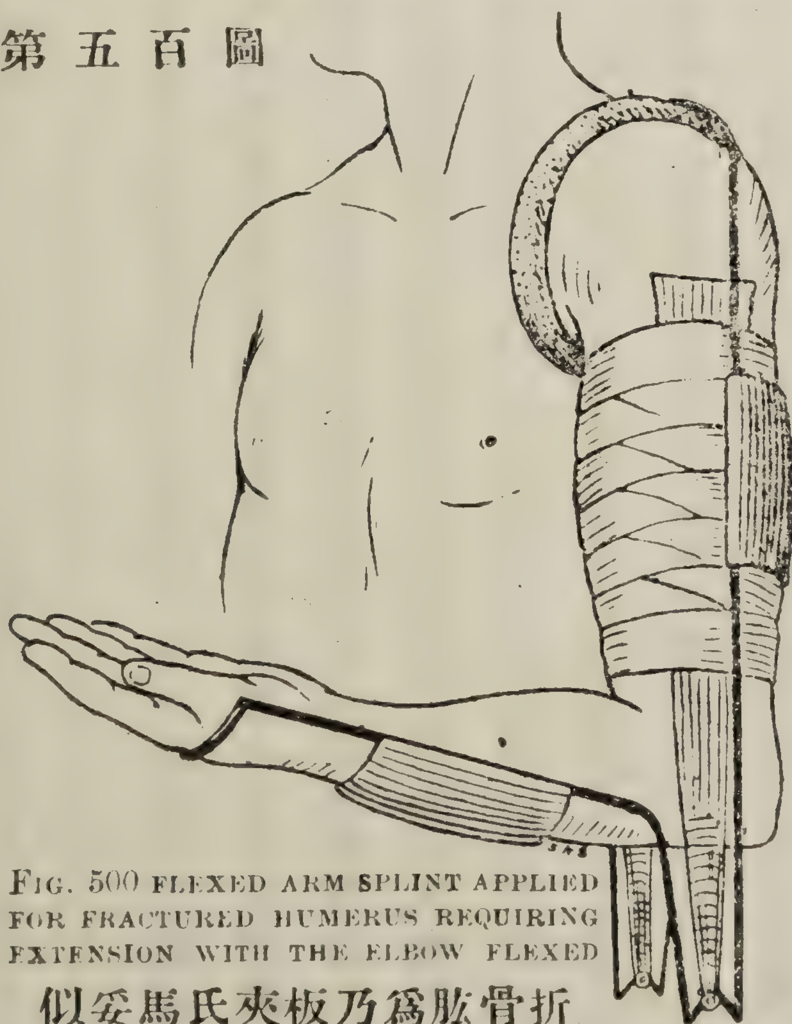


Fig. 500 FLEXED ARM SPLINT APPLIED FOR FRACTURED HUMERUS REQUIRING EXTENSION WITH THE ELBOW FLEXED

似妥馬氏夾板乃爲肱骨折須用牽引法而於肘關節應成正角時所備者

肱骨。仍可用以妥馬氏夾板。其長鐵條宜在肘關節下三寸處反轉向上。成長U字形。至前臂下面則循前臂向前、以托其手(第五百圖)。其牽引物須繫於U處之底。或另用短夾板亦可。

前臂骨幹折。 須分前臂後旋。倘折骨重疊。至須用牽引法時。則用妥馬氏夾板。或屈肘關節之夾板均可。(第五百〇一圖)。夾板之上份須倚於牀。下份則豎立以扶前臂後面。前臂之前後、須以膠粘連紗布帶。帶之遠端繫以繩。分繩經過滑車。而連三四磅之重物。滑車繫於牀上之大木架。另用短夾板亦可。此法之缺點。乃病者臥牀過久。故有以他法代之者。然終不及此法獲癒爲多也。倘折骨未完全接妥。則手之作用必甚不

第五百零一圖

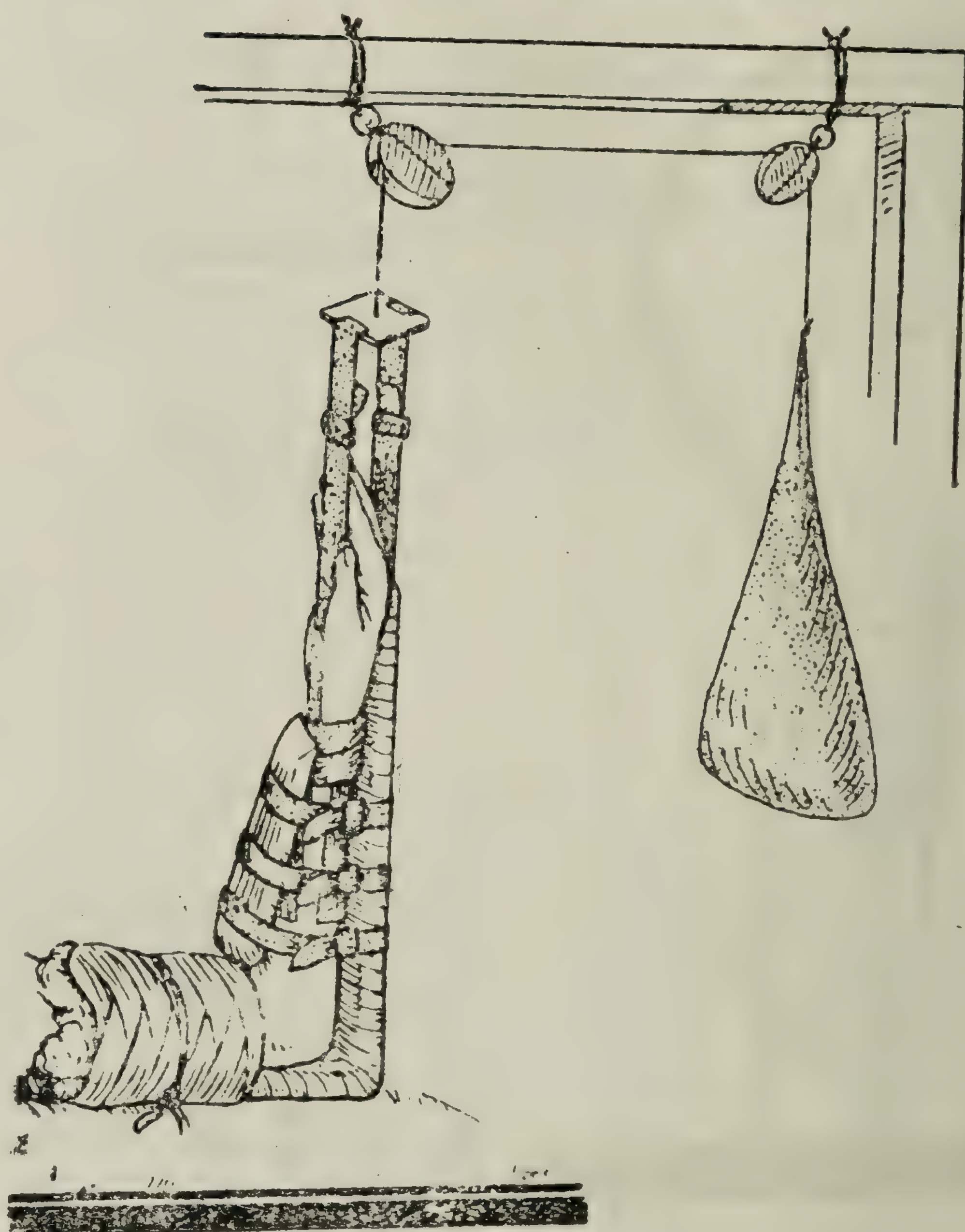


Fig. 501 TREATMENT OF FRACTURES OF THE FOREARM BY EXTENSION FROM OVERHEAD BEAM WITH APPLICATION OF POSTERIOR ANGULAR AND SHORT ANTERIOR SPLINTS

前臂骨折以牽引法懸於木架後有肘關節之正角夾板並前有小夾板

第五百零二圖

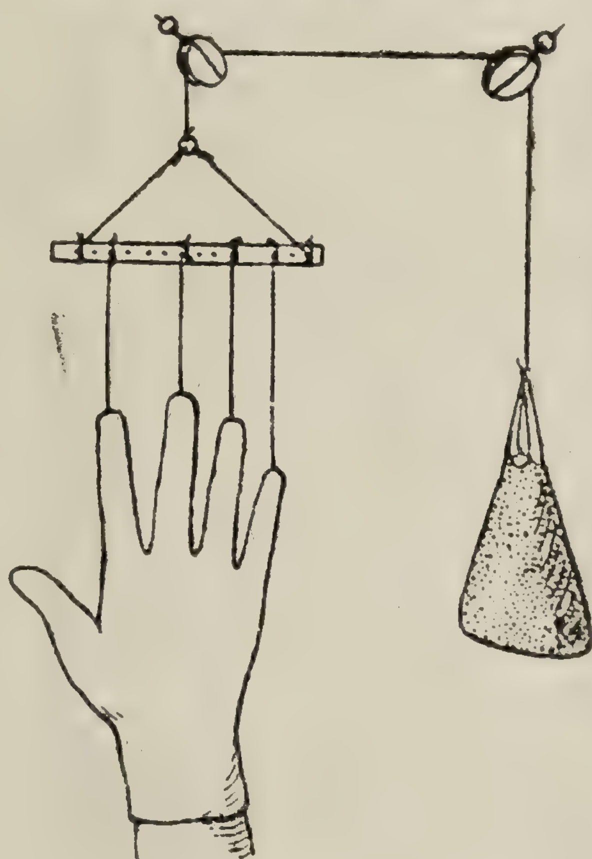


FIG. 502 GLOVE-EXTENSION FOR FRACTURES OF THE FOREARM

懸手以分指手套之牽引式

第五百零三圖

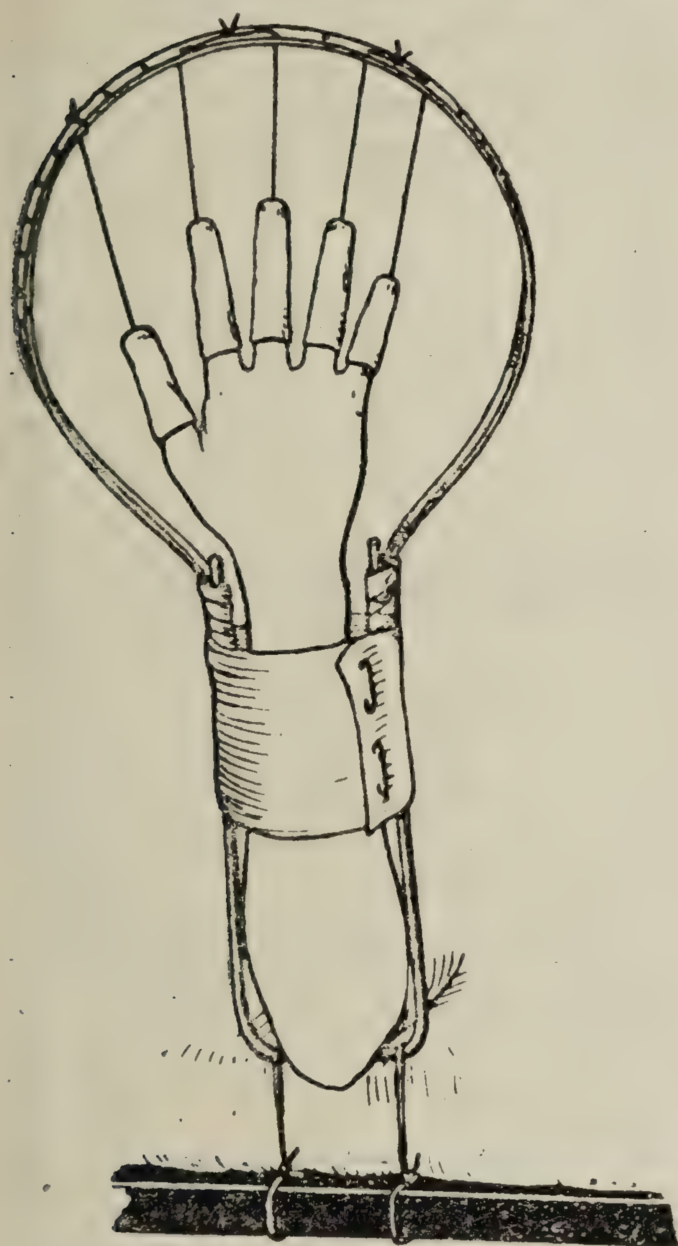


FIG. 503 TREATMENT OF FRACTURED METACARPALS BY EXTENSION

掌骨折各指之牽引式

便。有時因前臂骨折且有外傷。故不能用紗布帶粘連。可用分指之手套以膠粘於手上。其各指應以細繩懸於橫木上。而橫木所繫之繩。經過滑車。連以重物。(第五百〇二圖)

掌骨折。　若折骨未移其位。則可用擎起夾板以托其手。(第四百九十四圖)。倘折骨重疊。恐後變短。則須久用牽引法。宜用指套以膠粘連。該指套端繫有細繩。連於金類之特別夾板。此板適合手掌。有一枝循折指向前伸出。較指畧長。有繩將指頭連於夾板之遠端。令有牽引力。　倘有數掌骨折斷。須以鐵條做成空架夾板。循前臂兩側向下至腕關節。則繞手並五指成一大扁環。(第五百〇三圖)以便將各指用線繫連環圍。

股骨折。　除前章所述者外。尚有妥馬氏特殊夾板。該板之直鐵條適中

處。用合頁連以長U字形副夾板。可向上下移動。並可屈成適當之角。恰對膝關節、以便副夾板循其小腿。（第五百零四圖）。此合頁有螺絲。可令固定。且於用被動法運動膝關節時亦可鬆放之。

第五百零四圖

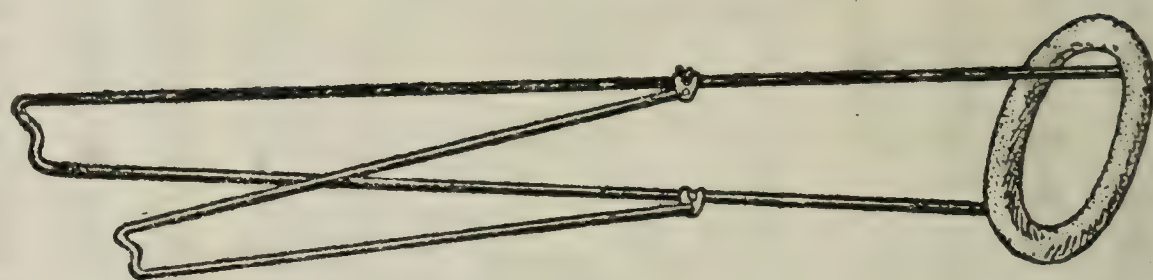


Fig 504 THOMAS'S SPLINT WITH MOVABLE LEG-PIECE TO PERMIT MOVEMENT OF THE KNEE JOINT

妥馬氏夾板連有小腿之活動副夾板

第五百零五圖

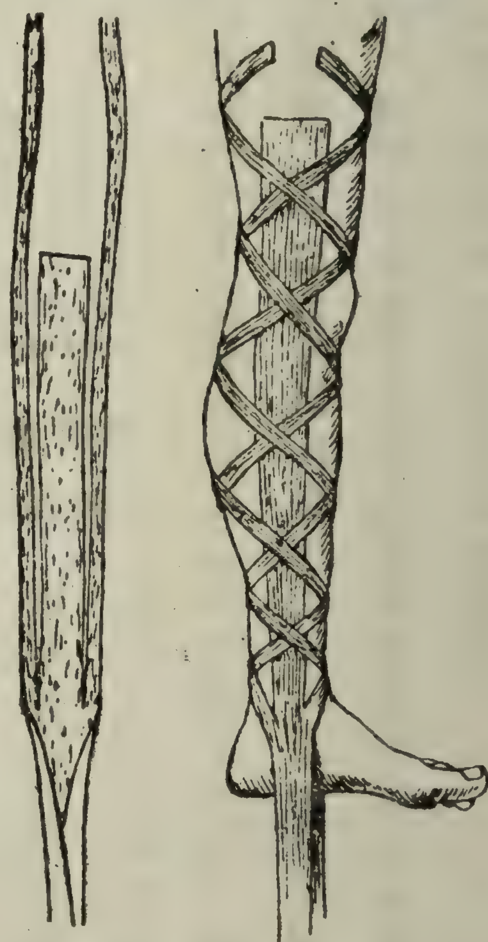


Fig. 505 AMERICAN PLAN OF APPLYING ADHESIVE PLASTER FOR EXTENSION

美國貼膏牽引式

第五百零六圖

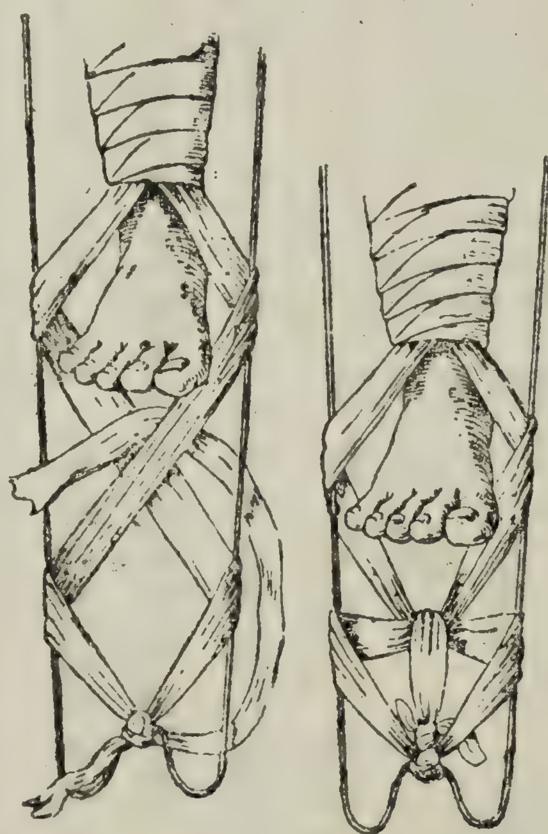


Fig. 506 METHOD OF TYING EXTENSION STRIPS TO END OF THOMAS'S SPLINT TO MAKE TRACTION

牽引帶繞妥馬氏夾板下端作結之式

又有新發明（美國）貼膏之牽引法。卽腿內外兩側之貼膏條、各分三股。（第五百零五圖）中股較寬。垂直貼於腿旁。前後二股較窄而長。由踝關節至膝關節之上斜繞之。其膏條之下端合一。以繫重物。該物之重量須十五至二十磅。但宜由輕漸重。初用七至十磅。以免皮被牽

扯成泡。厥後漸次增重使該腿等長於無恙之腿。且使折骨無重疊之弊。(宜以X光照之)。至折骨已接連時。則重物可減其半。後仍須用二三星期之久。有時可不用重物。乃用妥馬氏夾板。將貼膏所連之布帶。繫於夾板下端之橫鐵條。然布帶須斜繞過二直鐵條。(第五百零六圖)免壓二踝。　有時因貼膏難於粘妥。故有用特殊之膠 Sinclair's glue. 將布帶粘於皮上。但先須用重炭酸鈉(鈉輕炭強礬)、溶液洗滌其皮。除却油質等。(特殊膠之組成、以木工優等之膠五十分。水五十分。甘油二分。氯化鈣(錯綠鹽)二分。洋蘇冰一分。共放於筒內。置筒於法倫表一百度熱水內。俟融妥後。始可取用)。布帶之最妙者。為三四寸寬之八層紗布捲帶。

此等牽引之力。自循小腿之軸。若膝關節伸直。則其力亦循股骨之軸。至於膝關節屈時。則未必如是。甚或致所折之股骨。仍有重疊或不對之弊。是以不如將貼膏貼於大腿之兩側。以便循其軸而牽引之。近今又發明

第五百零七圖



FIG. 507 TRACTION-CALLIPER FOR USE IN FRACTURED FEMUR

牽引鉗夾於股骨下端(其爪未陷入骨)之式

牽引蟹狀鉗 Traction callipers 以夾股骨之下端。該鉗長枝之末屈成正角之爪。以鈎股骨內外二髁之稍上處。(第五百零七圖)須先用潔淨法。將皮割開二小口。以便該爪直接夾骨。鉗之短枝。繫以繩而連重物。但該物不宜過重。免將折骨牽離。後至二折骨已對正時。可減輕其重物。用此鉗則膝關節之被動甚易。約可用三至五星期。切勿用之過久。以免鉗之爪漸陷入骨。潔淨法自宜慎行。且甚勿令其爪傷及膝關節。

若因小腿等之皮受傷。致不便用貼膏。須設法牽引其足。可用一形如鞋底之硬布。以特殊膠粘於足底。兩側連數布帶。

第五百零八圖

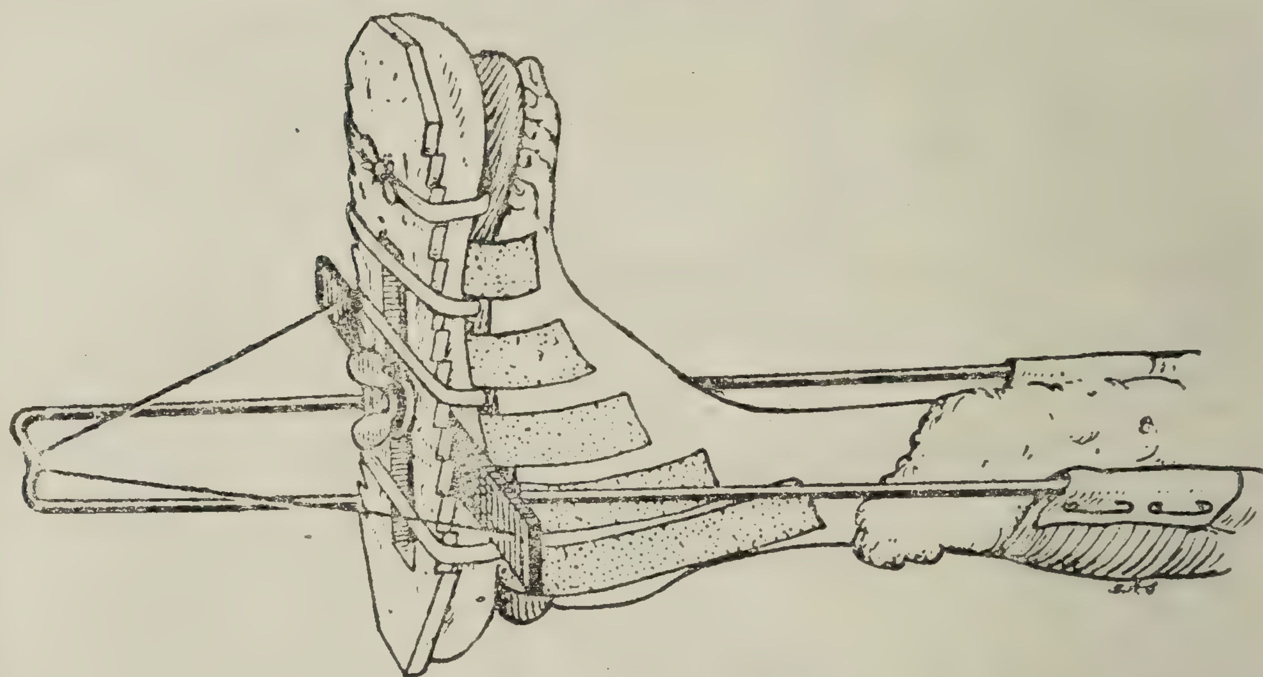


Fig. 508 SINCLAIR'S FOOT-PIECE APPLIED FOR EXTENSION OF LEG IN FRACTURES

小腿折斷用硬布粘連足底之牽引式

便於粘連足旁。硬布下亦連數布帶。繫於等大之木板。但其間須置一薄墊令足舒適（第五百零八圖）木下宜連有橫木板。置於空架夾板直鐵條之上。大約適對小腿之軸。橫木二端繫繩以連重物。或將繩連於空架夾板之下端。倘足偏內或外。橫木二端之繩。可按偏勢而定其長短。以正其偏。另有一法。用一適當之線襪。將趾跟兩端剪開。以容

第五百零九圖

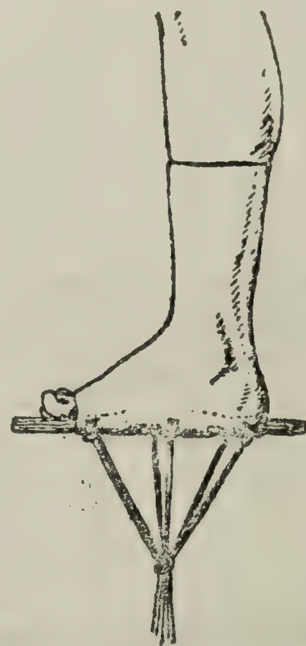


Fig. 509 TRACTION BY STOCKING GLUED ON OR FIXED BY PLASTER OF PARIS

線襪以膠貼於足底之牽引式，襪底有一窄板通入（或代線襪以石膏殼）

窄木板通過。板下繫繩。以便牽引（第五百零九圖）。猶有一法。以小木板置於足底。後用石膏帶將足並木板纏繞。俟乾。以繩繫於木板而牽引之。

懸肢鋪褥等法　此為牽引術最要之一端。以免該肢附近牀褥。其法中最簡單者。乃在牀之四角各綁一木杆。遂以橫縱二種木杆纏

束其上。使成大架。(第五百十圖)另有簡單之懸法。卽於牀之頭尾各有一竪木杆。上有一長縱杆。以便懸起折肢。(第五

第五百十圖

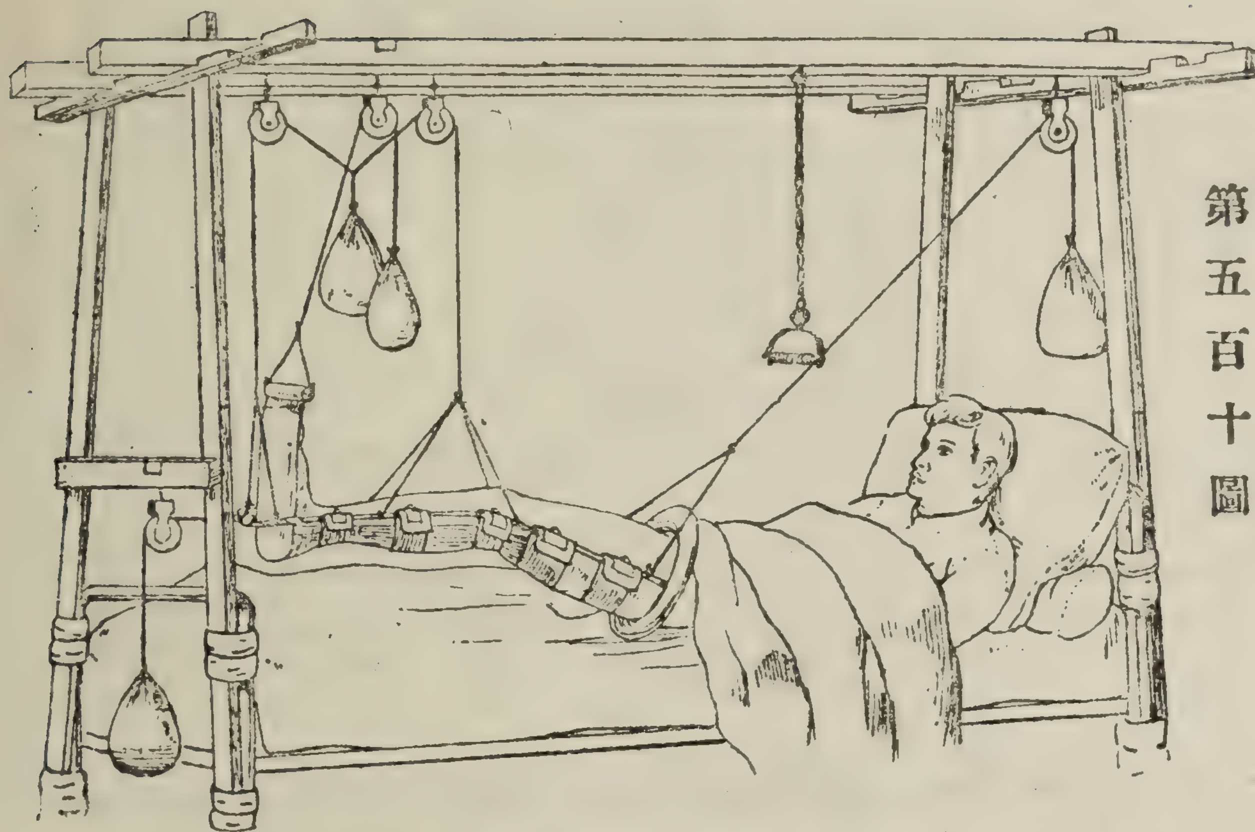


FIG. 510 TREATMENT OF FRACTURED FEMUR IN THOMAS'S SPLINT WITH WEIGHT EXTENSION AND SUSPENSION BY COUNTER-POISING WEIGHTS ATTACHED TO OVERHEAD FRAME

股骨折斷用妥馬氏夾板藉重物由滑車以懸於大木架上

第五百十一圖

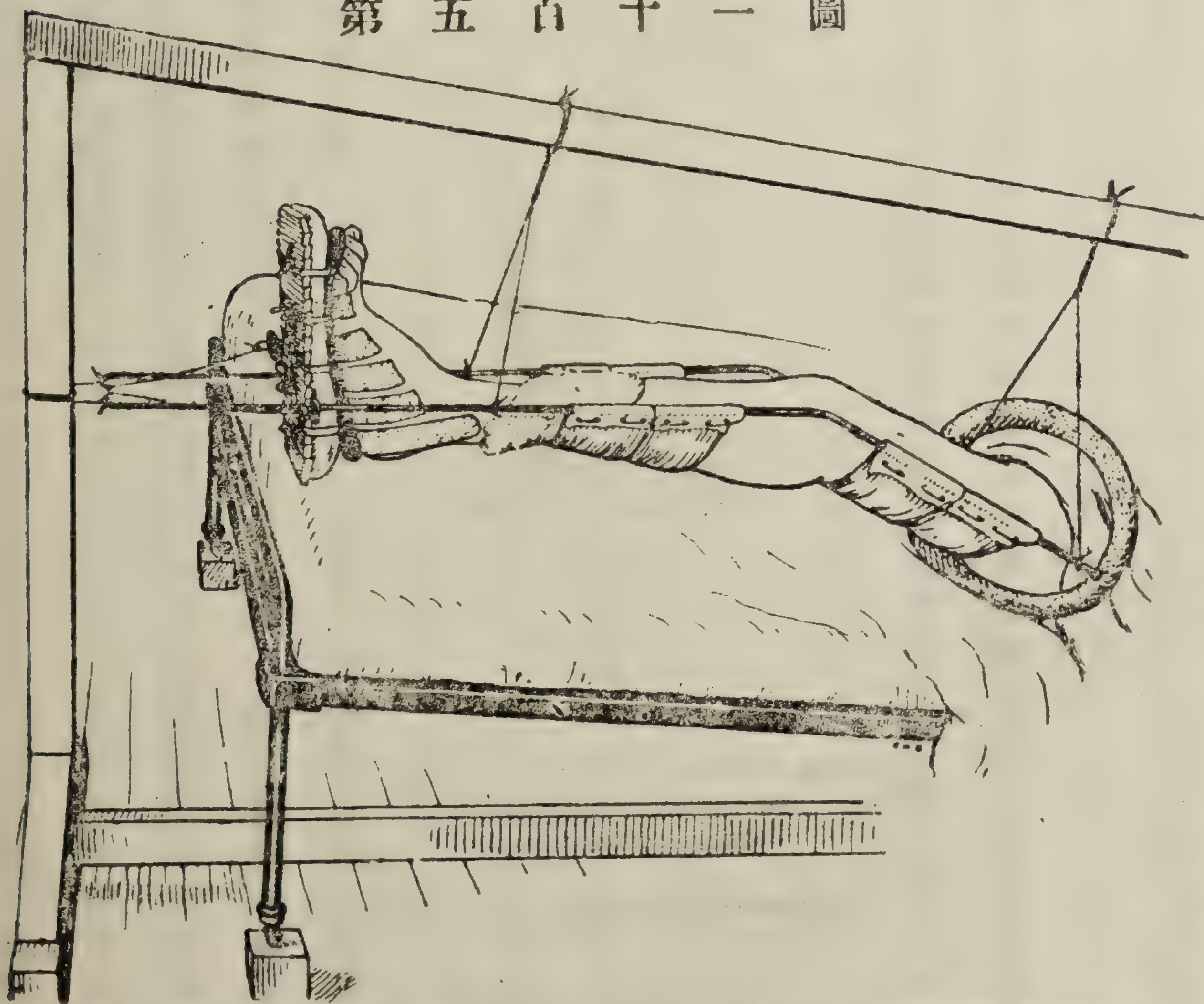


FIG. 511 COMPOUND FRACTURE OF TIBIA AND FIBULA TREATED WITH THOMAS'S SPLINT SLUNG FROM A BALKAN BEAM

小腿折以妥馬氏夾板及單木架懸下肢之式

第五百十二圖

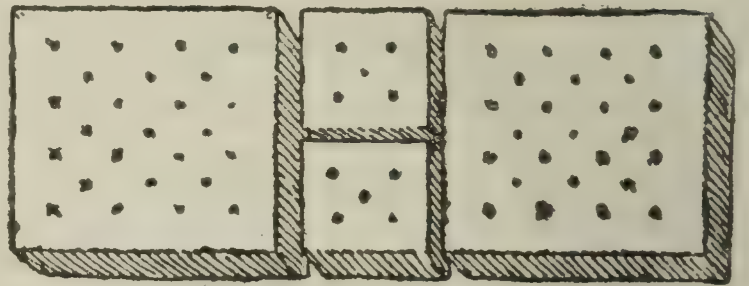


FIG. 512 DIVIDED MATTRESS FOR TREATMENT OF FRACTURES OF THE PELVIS, FEMUR, ETC.

褥分四份之式
為骨盆或股骨折而用

第五百十三圖

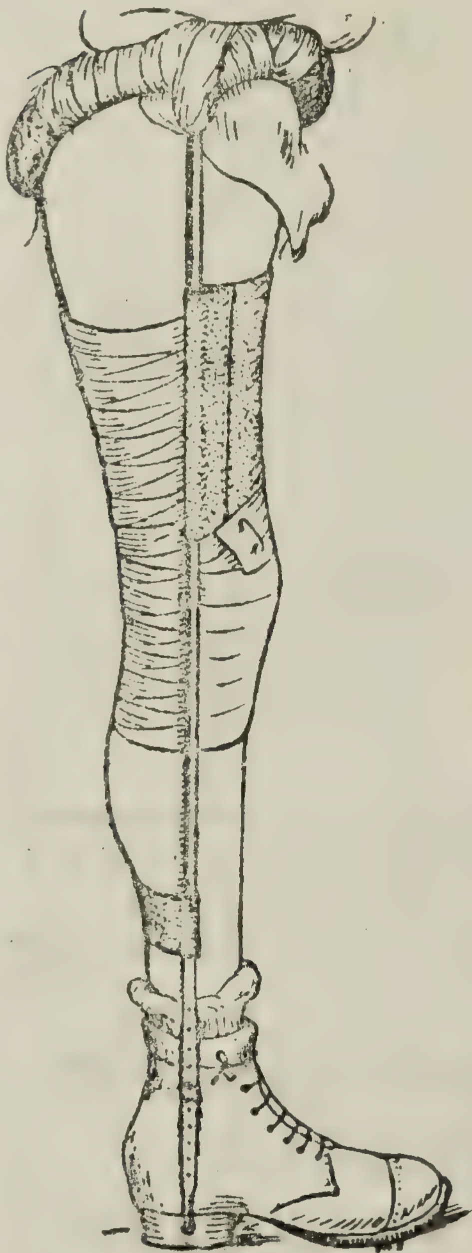


FIG. 513 WALKING CALLIPER FOR USE WITH FRACTURES OF THE LOWER EXTREMITY

為下肢骨折而半癒賴空架夾板能行走之式，此夾板即承托身之重量直接着地免損折骨

百十一圖）後將數滑車繫於適當之處。以繩懸起折肢。且可牢繫一把柄。使病者用手攀定。能於牀上畧微移動。而不擾其折肢。再者所鋪之褥。須分為四份。上下二份較大。中段分左右二份。易於撤開安放便盆。且洗滌臀處免生臥瘡（第五百十二圖）。病者臥牀時。須料理膝踝二關節之被動法。免有變硬之弊。且宜設法免足跟後脫。最便者乃之紗布帶用膠粘於足底。而繫於牀上縱木之畧近牀頭處。或於空架夾板上面之特枝。

末級治法 至於折骨業已接合。且病者可以離牀。則仍須用夾板。及被動揉捏等法。是以非用便於解脫之石膏夾板。即用他種夾板方妙。 邇來有人發明特殊夾板。使病者能自履行。不致傷其折骨。該夾板之形式。畧似妥馬氏夾板。（第五百十三圖）即有墊皮之環。以托坐骨結節。且內外二側有鐵條向下至足跟。即屈成正角之爪。可插入鞋跟之兩側。當步履時。其身之重量。乃賴其二鐵條直接着地。（非藉腿之骨力。）用此夾板。則折骨不至

第五百十四圖

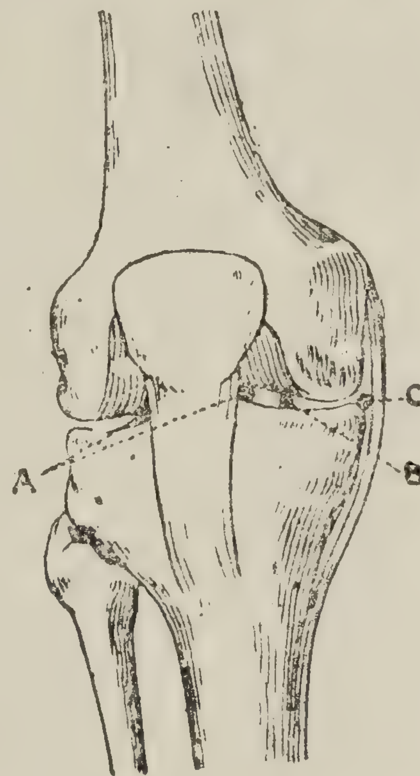


FIG. 514 POINTS OF TENDERNESS IN CONDITIONS OF THE KNEE JOINT

A. Injury to the fatty pads
B. In lesions of internal semilunar cartilage
C. In sprain of int. lat. ligt.

膝關節特處覺痛之圖

脂墊受損者痛在處 A

內側半月板受損者痛處在 B

內側韌帶受損者痛處在 C

第五百十五圖



FIG. 515 SITE OF INCISION FOR REMOVAL OF INT. SEMILUNAR CARTILAGE (between the ligamentum patellæ and the int. lateral ligament)

割除內側半月板之刀口式

（卽在髕韌帶與內側韌帶之間）

受損。且病者不需腋杖。股骨折斷者。用此等夾板。須四至六閱月之久。始可撤除。

膝關節之痛點 TENDER POINTS IN CONDITIONS OF KNEE-JOINT

若膝關節受損。則或有特處覺痛。如關節前之脂墊。或關節之內側半月板受損。或內側韌帶受捩傷等。（其各覺痛處、見五百十四圖）。至於施手術以除膝關節之半月板。最適宜之刀口。乃橫居髕韌帶與側韌帶之間。（第五百十五圖）

膿性關節炎 SUPPURATIVE ARTHRITIS

自須開口放膿。且可藉之灌洗關節腔。甚不可插引流管。至關節腔內。免有肉芽發生。致關節變硬。至急狀已退時。最要者乃輕施被動術。使關節不致連硬。茲膝

關節病發明一特器。（第五百十六圖）畧論於下。病者宜用妥馬氏有合頁夾板。圖中二豎木杆之間。有貯沙之C A B三桶。桶底各有隨意啟閉之孔。啟之則沙流出。閉之則止。C桶固定而不動。D爲空箱。B桶懸之以繩。由滑車經過。繫

第五百十六圖

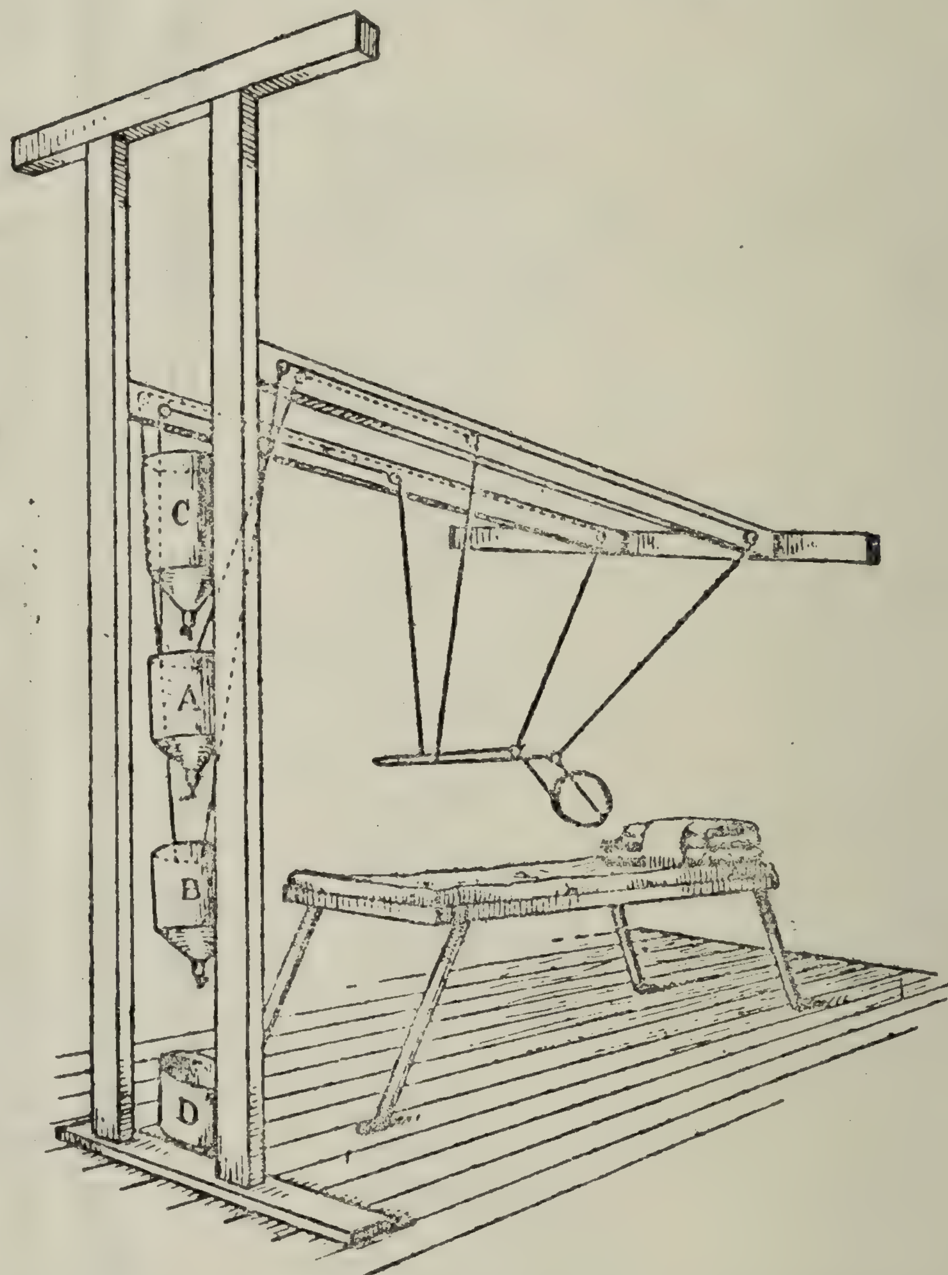


FIG. 516 APPARATUS FOR MOBILIZATION OF THE KNEE JOINT

用木架並沙桶以運動膝關節之式
（圖中橫木之遠端須以物承托）

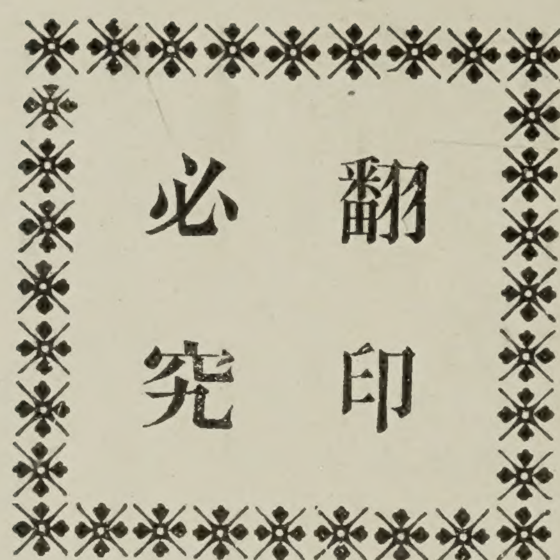
連夾板之合頁處。A桶之繩繫於夾板之尾段。若C桶之沙流入A桶。則A桶增重。而牽其上面之繩。則夾板畧行伸直。（合頁之螺絲自然鬆弛）病者之膝關節亦隨之而伸。若A桶之沙流入B桶。則A桶減輕。而夾板尾端畧降。且因B桶增重。其夾板之合頁處畧昇。於是夾板彎屈。致病者之膝關節亦隨之而屈。總之若A桶重於B桶。則腿漸伸直。若B桶重於A桶。則腿漸彎屈。若AB二桶等重。則病者可自動其膝關節。每施被動法後。須固定夾板之合頁。並閉各桶底之孔。 越三四日。至炎狀似乎已退。該關節始可彎屈。（以逾十度之角爲限）次日若無反應性炎狀發現。可屈過較大之角。後亦如是。越一星期。可使AB二桶之重

量平均。且使夾板之螺絲鬆弛。令病者自行畧動其膝關節。翌日可動之較多。如是越三四星期。則膝關節之動度約已復原。有時雖謹愼動之。而忽顯反應性之炎狀。須休息一二日。俟炎狀約減。可仍試用被動法。（料此反應性炎狀、大概不外病人被本病細菌液所染）。倘炎狀甚劇。如因病者來遲、或灌洗法無效、或該反應較烈、須割開其關節以放膿。且須復灌洗之。但所置之引流物。切忌插至關節腔內。最妙之除膿法。乃令病者自動其該關節。雖覺甚痛。而膿自出。未幾則痛減輕。　至關節割口全癒。後、自宜用揉捏等法、使作用復原。

SURGERY INDEX.

PAGE

第一版中華民國二年出版
第二版中華民國十一年出版



編譯 孔美格
筆述 管國全
發行 中國博醫會出版部
發賣 上海協和書局


22500970330